ACTA BALNEOLOGICA POLONICA

ORGAN POLSKIEGO TOWARZYSTWA BALNEOLOGICZNEGO
I POLSKIEGO INSTYTUTU BALNEOLOGICZNEGO W KRAKOWIE

WYCHODZI PERIODYCZNIE

Rok III. **Kraków, dnia 29 lipca 1939.** **Zeszyt 8.**



TREŚĆ:

Prace oryginalne.

SOMMAIRE:

Articles originaux.



Regulamin ogłaszania prac. Prace muszą być nadsyłane w maszynodruku jednostronnicowym, z pozostawieniem marginesu. Prace nie są płatne, natomiast autorzy prac oryginalnych otrzymują 25 odbitek bezpłatnie; dalsze na zamówienie autora, po cenie kosztów druku. Wykonanie klisz cynkograficznych obciąża autora. Do druku przyjmuje się prace dotychczas nieogłaszane drukiem. Prace z zakresu balneo-klimatologii oraz z całokształtu zagadnień medycyny, ogłaszane w języku polskim muszą być zaopatrzone w streszczenie w jednym z następujących języków: angielskim, francuskim, niemieckim, włoskim. Prace ogłaszane w innych językach muszą być zaopatrzone krótkim streszczeniem w jednym z wyżej wymienionych języków. Prace są ogłaszane w kolejności wpłynięcia do redakcji.

Règlement de publication des travaux. Les travaux envoyés à la Rédaction doivent être dactylographiés d'un côté, avec une marge. Les auteurs ne sont pas rétribués; des travaux originaux on fournit 25 tirages à part à titre gratuit, d'autres au prix de l'impression. L'exécution des clichés zincographiques charge le compte de l'auteur. On n'accepte que les travaux qui n'ont pas encore été imprimés. Les travaux du domaine de la balnéologie et de la climatologie ainsi que de l'ensemble des problèmes médicaux, publiés en polonais, doivent être accompagnés d'un résumé dans une des langues suivantes: l'anglais, le français, l'allemand, l'italien. Les travaux publiés en autres langues doivent être accompagnés d'un court résumé dans une des langues mentionnées ci-dessus. Les travaux sont publiés dans l'ordre dans lequel ils ont été reçus par la rédaction.

Redaktor: DR A. MESTER — Założyciel: Prof. Dr TADEUSZ TEMPKA

Adres redakcji i administracji: I. Klinika Chorób Wewnętrznych U. J., Kraków, ul. Kopernika l. 17.

Nr tel. 139-06. Nr konta P. K. O. 406.033.

CENA NUMERU Z PRZESYŁKĄ POCZTOWĄ:

w kraju 2.— zł., zagranicą 2.50 zł. W prenumeracie rocznej: w kraju 5.— zł., zagranicą 6.— zł.
Członkowie P. T. B. otrzymują bezpłatnie.

CENY OGŁOSZEŃ:

		1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładka i miejsca zastrzeżone w tekście:	zł.	200	110	60	30	—
inne strony:	zł.	150	85·—	50·—	25·—	15·—

Na skutek pomyłki drukarni w numerze VII-ym A. B. P. klisze należące do artykułu Drów P. Glorieux Christophe i F. Françon p. t. „Sciatique rebelle par hernie postérieure du ménisque intervertebral“ wstawiono do artykułu Dra S. De Sèze p. t. „La nevralgie sciatique par radiculo-arachnoïdite lombosacrée“. — Redakcja przeprasza P. T. Autorów i Czytelników za tę pomyłkę.

A la suite d'une faute d'imprimerie les clichés appartenants à l'article (dans le No VII. de A. B. P.) „Sciatique rebelle par hernie postérieure du ménisque intervertebral“ du Drs. P. Glorieux, Christophe et F. Françon ont été placé dans l'article du Dr. S. De Seze „La névralgie sciatique par radiculo-arachnoïdite lombosacrée“. La Rédaction s'excuse de cette faute que d'ailleurs les lecteurs rectifieront d'eux-mêmes.

PRACE ORYGINALNE.

Mi experiencia personal sobre la crisoterapia en el reumatismo.

por el

Dr ANIBAL RUIZ MORENO

Director del Centro Antirreumatico de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires.
Presidente de la Liga Argentina contra el Reumatismo.

Como el título lo indica, me limitaré a relatar como aplico las sales de oro y que resultados he obtenido.

Según mi criterio la única indicación de la crisoterapia es la artritis reumatoidea. No creo que se obtenga ningun beneficio en la osteoartritis, artritis climaterica, enfermedad reumatica, ni fibrositis.

Asi como creo que es la única indicación la artritis reumatoidea, cada vez estoy mas convencido que no hay por el momento ninguna otra quimioterapia que se le iguale en acción.

En algunas artritis mixtas (artritis reumatoidea y osteoartritis) las sales de oro son beneficiosas, pero lo que mejora en estos casos, es el factor infeccioso (artritis reumatoidea) quedando sin modificación el factor degenerativo (osteoartritis).

Las artritis mixtas son mas comunes de lo que generalmente se cree, y como a veces el factor infeccioso puede pasar desapercibido, si el examen no es profundo, puede pensarse que la mejoría del oro ha sido sobre la osteoartritis. Nunca he observado esto, y desde hace muchos años solo aplico la crisoterapia a la artritis reumatoidea (pura o mixta).

Si no existe contraindicacion, toda artrits reumatoidea, por avanzada que sea su evolucion, se puede beneficiar de la crisoterapia. Desde luego que cuando mas precoz sea el tratamiento mas beneficios se obtendrá, pero he tenido casos de 15 a 20 años de evolución que se han mejorado con la aplicación de esta terapeutica.

La crisoterapia es útil cualquiera que sea la etiología de la artritis reumatoidea. Por lo tanto, no es una medicación específica, ni debe sacarse ninguna conclusión etiologica con sus éxitos.

Según los casos la crisoterapia puede ser pura o mixta. Llamo *crisoterapia pura cuando se hace sales de oro, solas o con el agregado de extracto hepático, calcio, glucosa o vitamina C, con el objeto de hacerla mas tolerable. Llamo crisoterapia mixta cuando junto con las sales de oro, se inyecta otros cuerpos activos contra el reumatismo, tales como el iodo, azufre, dehidrocolonato de sodio, medicación de shock etc., para reforzar su acción o hacerla más precoz.* Cada enfermo tiene su indicación precisa, pero en general uso crisoterapia mixta en aquellos casos muy agudos.

Antes de aplicar esta terapeutica siempre hago practicar los siguientes analisis: eritrosedimentación, orina completa, fórmula leucocitaria, recuento globular y de plaquetas y tiempo de coagulación y sangría.

La eristrosedimentación me sirve de guía, junto con el examen clínico, para observar la evolución del proceso. Además no hago crisoterapia a enfermos con eritrosedimentación normal. Hace una excepción la serie de consolidación de tratamientos anteriores.

El análisis de orina me dará una indicacioń sobre el estado de hígado y del riñon. La presencia de pigmentos, sales biliares o urobilina si no son abundantes no es contraindicación formal; pero nos indicará la necesidad de extremar las precauciones, mejorando el estado hepatico y comenzando por dosis menores a las habituales. Convendrá en estos casos repetir el análisis nuevamente a los 15 días y según el resultado continuar o suspender el tratamiento. Una albuminuria no dosable no es contraindicación formal de la crisoterapia. Cuando pasa de 1 gr por mil, o existe cilindruria, la contraindicación es absoluta.

Una leucopenia con un número normal de neutrófilos, permite practicar la crisoterapia pero con precauciones. Una disminución de neutrófilos o de plaquetas la contraindican en absoluto. Lo mismo puede decirse de un aumento del tiempo de sangría o de coagulación.

2092

Estos análisis deben repetirse cada mes, para poder tener una seguridad absoluta en el tratamiento. Si se ve aumentar el número de eosinófilos, conviene tomar precauciones, y se deberá suspender la crisoterapia si pasan de 10%, término medio.

Siempre suministro con las sales de oro, vitamina C, extractos hepáticos, totales, sales de calcio (gluconato, lactato) o glucosa. Además coloco al enfermo bajo un regimen de protección hepatica.

Empleo siempre la vía intramuscular, y pequeñas dosis. Debido a esto creo que no hay ventajas entre preparados acuosos u eleosos. He abtenido mejorías y accidentes con los dos. Generalmente comienzo con 0 gr 025 y si hay tolerancia paso a 0 g 05 y luego a 0 gr 10. A esta dosis la sostengo a razón de dos inyecciones por semana hasta terminar la serie, cuya dosis total media es de 1 gr 50. Esto no es más que un esquema, que sufre variaciones individuales.

Después de un mes de lescanso con los preparados acuosos y de dos con los oleo sos, repito la serie, y asi continuo hasta conseguir el máximo de mejoría posible. No tengo límite en el número de series, pero a medida que el enfermo va mejorando voy alargando el tiempo de descanso.

Debido al empleo de dosis pequeñas por vía intramuscular, regimen adecuado, del agregado de vitamina C, higado, calcio o glucosa, y de la guía de los análisis antedichos, nunca he tenido un accidente serio. Creo que bien manejada, la crisoterapia nunca es peligrosa: 7 años de experiencia, con más de 100 casos tratados, me autorizan a hablar de esta manera. Lo que he observado mucho, es prurito cutáneo y según mi criterio cuando este aparece hay que suspender la medicación. Todas las veces que no se ha observado esta precaución (enfermos que no han cumplico las órdenes o de otros colegas) una nueva inyección ha provocado lesiones cutáneas, que como se saben son muy rebeldes.

Son muy pocos los enfermos de artritis reumatoidea que no obtienen algún beneficio con la crisoterapia. Lo que ocurre es que hay un cierto número de casos a los cuales no se les puede aplicar o que no toleran el tratamiento.

Cuando se usa precozmente se observan a veces verdaderas resurrecciones y la mejoría no es solo en el estado articular (tumefacciones y dolor) sino que se manifiesta tambien en el estado general, aumento del apetito, de peso, disminuye la anemia, mejoria el sueño, disminucion de la eritrosedimentación etc.

Considero que por el momento la crisoterapia es la mejor terapeutica quimica que existe contra la artritis reumatoidea.

RESUMEN.

El autor resume su experiencia personal sobre la crisoterapia en el reumatismo. La única indicacién es la artritis reumatoidea. En ella se obtienen éxitos aún en casos avanzados, pero el tratamiento precoz es le ideal. La mejoría que se obtiene es local y general. Usa la vía intramuscular y no pasa de 0 gr 10 en inyecciones bisemanales. La dosis total es de 1 gr 50 termine medio. Emplea indistintamente preparados eleosos o acuosos Repite las series hasta obtener el máximo de mejoría. Acompaña a la crisoterapia un regimen de protección hépatica y vitamina C, extractos hepaticos total, calcio o glucosa. Veces la utiliza con otros preparados activos contra el reumatismos (iodo, azufre, shock o dehidrocolonato de sodie). Describe las precauciones que hay que tomar cuando se aplica esta terapeutica. Cree que bien aplicada no es peligrosa. En 7 años de experiencia no ha observado ningun accidente serio. Piensa que por el momento es la mejor terapeutica quimica que existe en contra de la artritis reumatoidea. *A. R. M.*

SUMMARY.

The author mades a summary over his personal experience about chrysotherapy in rheumatism. The only indicated is the rheumatoid arthritis. In it, it has been obtained great exits, yet in the most advanced cases, at the precociuos treatement is the ideal. The improvement that we obtain is general and local. He use the intramuscualr way and he dont use more than 0.10 gr in injection which are given twice weekly. The total dose is 1.50 gr middleterms. It use indistintly waterly or oily preparations. He repits the series up to obtain the maxim um of improvement. With the crysotherapy goes also a regime of protection for liver and vitamine C, calcium and glucose. Some times he use it with other active preparations against rheumatism, iodine, sulphur, shock or sodium dehidrocolanato. He discribes the preventions that is necesary to made when we apply this therapeutic. He thinks that the application made in this way is not dangerous. In seven years of experience it has not been observed any accident very serious. He think that for the moment is the hest therapeutic chemistry that exist against the rheumatoid arthritis. *A. R. M.*

Leczenie gośćca przewlekłego przetworami złota na podstawie osobistego doświadczenia.

Autor uważa leczenie przewlekłego gośćca stawowego przetworami złota za najskuteczniejsze. Łączy je z równoczesnym podawaniem wapnia, witaminy C i glukozy.

Endocrinologie et Rhumatisme.

Par le Dr. Anton FISCHER (Budapeszt)

L'incertitude qui régnait et reigne encore en ce qui concerne l'étiologie de la plupart des maladies articulaires chroniques est responsable pour qu'on considère — à tort ou à raison — des désordres endocriniennes comme la cause de certaines formes du rhumatisme. Le point de départ de ces théories a été l'observation clinique; on a constaté que certains cas du rhumatisme ont été plus ou moins fréquemment associés à un dérèglement endocrinien et on a fini par la conclusion qu'un nombre considérable des arthrites est causé par des désordres glandulaires, même chez les cas ou les signes cliniques d'un trouble endocrinien étaient absents. Chez ces derniers on a essayé de supporter la théorie endocrinienne par des tests de laboratoire et quand ces arguments ont été, ils aussi, en défaut, on se bornait à invoquer les effets de la thérapie hormonale.

La plupart des travaux concernant les arthrites endocriniennes datent de plus de 10 années; les progrès récents de la physiologie glandulaire nous invitent de réviser les opinions sur ce sujet. Nous ne sommes pas encore capables, en applicant nos connaissances de la phylosiologie endocrinienne à la clinique, de définir dans tous les cas l'état de fonction des sécrétions internes et leur rôle dans les conditions pathologiques; nous en pouvons tirer, néanmoins, quelques éclaircissements concernant la pathogénie et quelques indications utiles pour le traitement rationnel. Pour cette fin, passons en revue les diverses glandes hormonales qu'on a associé au rhumatisme et examinons, dans la lumière des progrès récents de la physiologie, le rôle qu'elles peuvent jouer dans l'étiologie et le traitement des arthrites.

1) Le dysfonctionnement de la *thyroïde* a été signalé assez souvent, surtout par des auteurs français, comme être associé à quelques formes de rhumatisme. *Lévy* et *Rothschild* ont insisté sur la frequence des arthrites chroniques chez des malades montrant les signes de la *hypothyroïdie:* le traitement avec la thyroïdine a donné, chez ces cas, de bons résultats. Il faut mentionner aussi la maladie de *Beck*, endémique dans les régions transbaikaliennes, dans laquelle on observe un état goitreux, associé aux déformations articulaires chez des enfants et des jeunes gens. Il est, d'autre part, un fait bien établi, que la thyrëoidectomie effectuée chez des animaux impubères a comme conséquence un trouble du développement du squelette qui ressemble au rachitisme, mais qui ne peut pas être influencé par le vitamine „D". On pourrait s'imaginer que ces altérations osseuses influencent le cartilage articulaire et qu'elles peuvent, en conséquence, causer de déformations.

Il y a cépendant des forts arguments contre l'hypothèse de l'origine hypothyroïdienne du rhumatisme. *Monroë*[1]) n'a trouvé parmi 89 myxoedèmateux que très rarement de rhumatisants; l'xamen du métabolisme basal chez les malades atteints du rhumatisme chronique progressif donne presque toujours des valeurs normales.

D'autres observateurs *(Vincent, Sergent)* ont souligné l'association du rhumatisme articulaire à la *hyper*thyroïdie; *Duncan*[2]) et *Bach*[3]) ont rapporté l'influence favorable de la thyrëoidectomie dans ces cas sur le procès articulaire.

Nous disposons aujourd'hui de 2 bonnes méthodes cliniques pour mesurer l'activité thyroïdienne: ce sont la détermination du métabolisme basal et le dosage du iode dans le sang. En ce qui concerne le métabolisme basal, nous avons déjà mentionné que la plupart des examens a donné chez le rhumatisme des valeurs à peu près normales; nous n'avons donc pas raison de supposer qu'un dysfonctionnement thyroïdien joue un rôle quelconque dans l'étiologie de cette maladie. On n'a pas rapporté, jusqu'ici, des dosages du iode dans le sang des rhumatisants, mais il ne semble pas que leurs résultats pourraient modifier cette conclusion. La valeur normale du iode varie autours de 20 δ %; en cas de hypothyroïdie le taux s'abaisse à 2—7 δ %, en cas de hyperthyroïdie il s'élève à 30—70 δ %; les taux du iode et du métabolisme basal sont parallèles. — Bien que nous ne croyons pas que le dysfonctionnement de la thyroïde puisse provoquer des maladies articulaires, une opothérapie thyroïdienne s'impose dans les cas où le métabolisme basal est abaissé; chez ces malades, la décharge des articulations par l'amaigrissement aura déjà une influence favorable. L'effet diurétique de l'hormone thyroïdienne, qui agit par la voie extra-rénale, facilite peut-être la résorption des effusions articulaires et peut, en conséquence, avoir une action favorable dans les arthrites exsudatives aussi.

2) Les *parathyroïdes* jouent dans la pathogénie de l'appareil locomoteur un rôle bien défini: leur hyperfonctionnement provoque la maladie osseuse de Recklinghausen, laquelle peut être très favorablement influencée par la parathyreoïdectomie, exécutée la première fois par *Mandl.* La preuve concluante pour le rôle étiologique des parathyroïdes dans cette maladie a été la provocation d'une ostéite fibreuse expérimentale chez les chiens, rats et cobayes par l'injection de parathormone *(Jaffé).* L'ostéite expérimentale, aussi bien que la maladie de Recklinghausen, sont accompagnées par une hypercalcémie et par l'augmentation de l'élimination du calcium dans les urines.

Il est un fait bien connu, qu'un nombre considérable des malades atteints d'ostéite fibreuse se plaint au début des douleurs névralgiques et que ces malades sont considérés tout d'abord comme des rhumatisants, jusqu'à ce qu'une fracture spontanée ou l'apparition d'un tumeur palpable ne laisse déceler la vraie nature de la maladie. D'autre part, parmi 145 cas vérifiés de hyperparathyroïdie qui furent rapportés par *Jacobs* et *Bisgard*[4]), il ne se trouvait aucun cas d'arthrite.

En 1926, *Oppel* a émis l'hypothèse que la spondylose rhizomélique et les polyarthrites ankylosantes sont d'origine parathyroïdienne; il a appuyé cette opinion par l'amélioration du rhumatisme après la parathyreoïdectomie et par l'hypercalcémie, signe quasi spécifique

de l'hyperfonctionnement parathyroïdien, la quelle serait présente chez les arthritiques selon *Oppel* dans les deux tiers des cas.

En ce qui concerne la calcémie, la plupart des auteurs a trouvé des taux normaux dans les conditions en question; il faut souligner le fait que l'opération n'a jamais révélé dans ces cas d'adénome hypersécrétoire. En ce qui concerne l'intervention chirurgicale, elle a donné des résultats très discordants et inconstants; bien que dans un certain nombre des cas il y a une amélioration incontestable des douleurs, cette amélioration est souvent peu durable et elle se produit aussi dans les cas où les parathyroïdes n'ont pu être découvertes ou quand on n'a pas effectué qu'une simple exploration thyreiodienne *(Simon)*. D'autre part, *Weissenbach* et *Françon* ont rapporté d'excellents résultats de l'emploi des injections de parathormone dans le rhumatisme, bien que ce traitement, en cas d'hyperparathyroïdie, ne pourrait qu'aggraver la condition. — La conclusion qu'il faut tirer de tout ceci est, que les parathyroïdes n'ont aucun rôle dans la pathogénie du rhumatisme et que les améliorations après l'ablation de ces glandes ne peuvent être attribuées qu'au choque opératoire.

3) En examinant le rôle de *l'hypophyse*, dans les maladiees articulaires, nous abordons un terrain beaucoup plus solide. Nous savons que l'exstirpation de l'hypophyse a comme conséquence la cessation de la croissance et, d'autre part, que le traitement avec des extraits hypophysaires est suivi de gigantisme. *Evans* a pu réproduire, par l'injection quotidienne d'extraits hypophysaires, l'acromégalie chez le chien; *Silberberg*[5]) a pu reproduire par ce traitement les mêmes altérations articulaires chez le cobaye qu'on rencontre dans l'acromégalie humaine. Nous savons, que c'est *l'hormone de croissance* de l'ante-hypophyse qui est responsable pour les altérations expérimentales et que la production exagerée de cette hormone produit la plupart des symptomes de l'acromégalie.

Ce sont souvent des plaintes articulaires qui amènent les acromégaliques chez le médecin; il y a des douleurs surtout dans les articulations des doigts. — L'aspect radiographique et la nature pathohistologique des altérations ostéo-articulaires acromégaliques ressemblent singulièrement à des altérations beaucoup plus répandues, aux nodules *d'Heberden*. Ces derniers se développent surtout, mais pas exclusivement, chez les femmes, soit climatériques, soit après castration; bien que les signes caractéristiques de l'acromégalie, l'hyperplasie osseuse et l'élargissement de la Sella, soient absents, on est tenté d'associer les deux conditions. On peut invoquer pour une étiologie commune les conditions physiologiques: nous savons *(Fischer* et *Engel*[6]*)* que la folliculine exerce une influence inhibitrice sur la production de l'hormone de croissance; cela explique le fait que le ralentissement de la croissance coïncide, dans les circonstances physiologiques, avec la puberté. Puisque la production de la folliculine prend fin dans la ménopause, on peut s'imaginer que, toute comme la production de l'hormone gonadotrope, la production de l'hormone de croissance est aussi augmentée chez les femmes — et bien que plus rarement, chez les hommes aussi — dans la ménopause. Il ne s'agit pas, bien sûr, d'une production aussi abondante que dans l'acromégalie, où l'ante-hypophyse se transforme en adénome; mais la sécrétion exagerée de l'hormone de croissance est peut-être capable de provoquer les altérations caractéristiques des nodules *d'Heberden*, lesquels sont à peu près identiques avec les altérations provoquées expérimentellement chez le cobaye par *Silberberg*. L'action de l'hormone de croissance varie très probablement selon l'âge: l'hypersécrétion à l'âge impubère provoque le gigantisme, dans l'âge de 20 à 30 ans l'acromégalie et dans l'âge avancé les nodules *d'Heberden*. — Puisque nous ne sommes pas encore capables de faire des estimations quant à la production de l'hormone de croissance, cette hypothèse ne peut pas être prouvée, mais elle ne manque pas d'une certaine probabilité. Les conclusions thérapeutiques sont faciles à tirer: il faut essayer d'arrêter la surproduction hypothétique de l'hormone de croissance en injectant de folliculine. Nous revenons plus tard à la question de posologie. Il suffit de remarquer que ce traitement a donne d'ore et dejà des résultats assez satisfaisants.

Un autre maladie ostéo-articulaire, laquelle est assez souvent associée aux troubles hypophysaires, est la maladie de *Perthes-Calvé*. On a rencontré cette affection, souvent bilatérale, chez des personnes ayant une dystrophie adiposogénitale; il s'agit dans ces conditions d'un identique avec „l'arthropathia ovaripriva", observée après castration par rayons X de *Menge* et le „climacteric arthritis" de *Buckley*. Il s'agit très probablement d'une arthrose dégénerative, causée par l'augmentation soudaine du poids, qu'on peut souvent observer dans ces conditions; le facteur ovarien n'agit donc qu'indirectement. Ces malades, qui présentent souvent les signes d'une hypofonction thyroïdienne, bénéficient d'une opothérapie prudente avec la thyroïdine.

Le problème devient plus difficile avec les polyarthrites localisées surtout dans les articulations des mains et lesquelles, bien qu'elles présentent des signes d'inflammation (gonflements, déviations des doigts, etc.) sont considérées par un grand nombre d'auteurs comme „climatériques". *Umber* a décrit cette forme sous le nom de „periarthritis destruens", les auteurs anglais *(Thomson, Gordon, Holmes, Bach)* donnent une description à peu près analogue; „l'arthritis usurosa sicca" décrite par *Munk* présente, par contre, quelques analogies avec les nodules *d'Heberden*.

Ce qui caractérise les polyarthrites chroniques de la ménopause, c'est le progrès lent et la bénignité relative du procès articulaire; on n'observe pas, en général, des poussées graves avec périodes fébriles; les épanchements articulaires ne sont pas abondants, les ankyloses sont plutôt rares, l'atrophie musculaire est peu accentuée. La sédimentation globulaire est accélerée, bien que pas trop fortement. Un grand nombre d'auteurs enfin rapporte de bons résultats avec l'opothérapie ovarienne.

Quelle position devons-nous prendre en face du problème de ces polyarthrites climatériques? Du point de vue rhumatologique, il faut remarquer que ni l'aspect clinique, ni l'image radiologique, ni le tableau humoral ne présentent rien de spécifique qui permettrait de séparer cette forme de polyarthrite du rhumatisme

*hypo*fonctionnement de l'ante-hypophyse avec hypofonctionnement consécutif de la thyroïde. Il est très probable, comme l'a remarqué justement *W. Müller*, que les troubles d'ostéogenèse provoqués par l'activité insuffisante de l'hypophyse et de la thyroïde, n'apportent qu'un terrain favorable pour la maladie des epiphyses fémorales, provoquée en dernière instance par des causes mécaniques. Il s'en suit que, dès que la maladie est découverte, en cas où on rencontre les signes d'une insuffisance hypophysaire ou thyroïdienne, l'opothérapie s'impose à côté des mesures orthopédiques.

4) Avec le problème des relations entre les *ovaires* et le rhumatisme nous arrivons sur un terrain très important, mais très discuté. Le point de départ de la question a été le fait incontestable, que certains types des maladies articulaires se développent avec prédilection au début de la ménopause naturelle ou artificielle. On a essayé de séparer ces „arthrites climatériques" des autres arthrites infectieuses ou dégénératives; la question est d'autant plus importante que le nombre des arthrites qui se développent chez les femmes climatériques est très élevé.

En ce qui concerne l'aspect clinique et radiologique de la maladie, il y de nombreuses contradictions dans la littérature. *Weissenbach* et *Françon* ont décrit la „lipo-arthrite sèche bilatérale" des genoux, laquelle est chronique progressif. Il est, d'autre part, indiscutable, que l'évolution générale de la polyarthrite climatérique est assez caractéristique; sa fréquence, son apparition au début de la ménopause sont d'autres faits frappants. Il faut en conclure, que la cessation de la fonction ovarienne est soit la cause, soit au moins un élément de disposition pour cette forme d'altération articulaire.

Du point de vue endocrinologique il faut souligner le fait que la castration n'a aucune influence ni sur les os, ni sur les articulations des animaux; du même, le traitement même prolongé avec les hormones ovariennes reste indifférent pour l'appareil locomoteur. En ce qui concerne l'effet du traitement prolongé des animaux castrés avec l'hormone gonadotrope, — la production de laquelle est augmentée dans la ménopause — on n'a observé jusqu'ici rien de singulier; nous étudions actuellement cette question.

Bien que les considérations physiologiques ne supportent pas la théorie d'une polyarthrite d'origine climatérique, les observations cliniques sont trop impressionantes pour qu'on puisse mettre en doute le rôle du moins prédisposant de la ménopause. Mais avant d'en tirer des conséquences thérapeutiques, il convient d'analyser la ménopause du point de vue endocrinologique:

L'étude de cette période a été approfondie dans les dernières années avec l'aide des analyses hormonales. Nous savons, grâce aux travaux de *Zondek*[1]) que le climactérium débute par une phase „polyfolliculaire"; pendant cette période, la production et l'élimination de la folliculine sont augmentées, les urines en contiennent 500—1000 U. S. par litre, contre 100—200 U. S. normalement. La deuxième phase est caractérisée par la disparition de la folliculine des urines; c'est dans cette phase „oligofolliculaire" que les troubles vasomoteurs, les chaleurs, etc. apparaissent. Dans la troisième phase enfin, l'élimination du Prolan A est augmentée; au lieu de 10 U. S. par litre d'urine, on en trouve jusqu'à 110 U. S. par litre. C'est la phase „polyprolanale", les troubles vasomoteurs commencent à disparaître.

L'explication physiologique de ces variations hormonales est donnée par le mécanisme de la régulation humorale des fonctions de l'ante-hypophyse. Nous savons que c'est l'hormone gonadotrope de l'hypophyse qui règle la fonction ovarienne et que la production de l'hormone gonadotrope est empêchée par la folliculine. Il existe un automatisme hypophyse-ovaire: la gonado-stimuline A conditionne la maturation des follicules, la folliculine produite empêche la production de la gonado-stimuline A, la gonado-stimuline B conditionne la lutéinisation et arrête la production de folliculine, après cela tout va recommencer. Il est donc compréhensible que le taux de l'hormone gonado-stimulant est augmenté dans les urines des femmes castrées ou en ménopause; dans ces cas l'hormone ressemble à l'hormone hypophysaire véritable *(Léonard* et *Smith)* qui agit même chez les animaux hypophysectomisés, chez lesquels le Prolan isolé des urines des femmes *enceintes* est inactif. Cette augmentation de la prolanurie ménopausale peut être réduite par le traitement avec la folliculine à des taux normaux.

Si nous comprenons un peu mieux, grâce aux analyses hormonales, ce qui se passe chez la femme au début de la ménopause, ces mêmes méthodes devraient être appliquées à l'étude des arthrites climatériques. Jusqu'à présent, nous ne connaissons même pas la phase de la ménopause, dans laquelle la polyarthrite débute; est-ce l'absence (phase oligo-folliculaire) ou l'abondance (phase poly-folliculaire) de la folliculine, ou est-ce plutôt la surproduction du prolan (phase poly-prolanale) qui prépare le terrain pour la polyarthrite climactérique? — L'intérêt de ces examens ne se bornerait pas à la pathogénie et à l'étiologie des arthrites climatériques; ils seraient importants pour le traitement rationnel aussi. Il ne serait pas raisonnable de traiter une malade qui se trouve dans la phase poly-folliculaire avec la folliculine; dans les autres phases, la posologie est différente selon le but qu'on veut atteindre. Pour suppléer la folliculine absente, des doses moyennes sont peut-être suffisantes; si nous voulons arrêter la surproduction du prolan, des doses plus fortes sont nécessaires. Le traitement dans ces cas doit correspondre à la production physiologique des hormones ovariennes: on donne, au cours de deux semaines, 6 injections de 5 mgrs. d'une hormone oestrogène (300.000 U. I. en somme) qu'on laisse suivre, si besoin, par 6 injections de 5 mgrs. de Progéstérone. Ce traitement combiné produit chez des femmes castrées ou en ménopause une menstruation artificielle; si la reproduction de 1 ou 2 cycles menstruels n'améliore pas la polyarthrite, il serait inutile de continuer l'opothérapie.

Cette revue un peu sommaire des relations entre endocrinologie et rhumatisme est quand même instructive: nous avons vu que, quelles grandes que soient encore les incertitudes concernant les détails, le problème du rhumatisme endocrinien s'est réduit à quelques maladies bien définies, dont l'étude se poursuivra

sur les bases solides de la physiologie. Les temps sont passés quand on a cru faire le diagnostic d'un „rhumatisme endocrinien“ avec l'aide de méthodes insuffisantes et mal fondées, comme la réaction d'Abderhalden et l'interférométrie, ou quand on a basé des intervention chirurgicales sur les résultats inexacts d'une analyse sanguine. Certes, on ne peut pas négliger le succès de certains thérapeutiques empiriques: mais il faut se garder des généralisations trop promptes et des conclusions ex juvantibus.

Enfin, quand on est résolu de procéder à une thérapeutique hormonale, il convient de choisir des préparations titrées et de prescrire des doses suffisantes; c'est dans ce cas seulement qu'on est qualifié de faire un jugement sur la valeur de la thérapie.

Endokrynologia i gościec.

Przedstawiono wpływ poszczególnych gruczołów dokrewnych na zmiany stawowe ze szczególnym uwzględnieniem czynności jajników.

REFERENCES:

1) Monröe: New England J. Med. 1935 (222), 1074.
2) Duncan: J. Am. Med. Ass., 1932 (99), 1239.
3) Bach: The Rheumatic Diseases, London, 1935.
4) Jacobs et Bisgards: Am. J. Surg., 19337 (37), 27 et (38) 272.
5) Silberberg: Proc. Soc. Exp. Biol., 1936, (33) 333.
6) Fischer et Engel: Rev. Franç. Endocr., 1936 (14) 203.
7) Zondek: Hormone d. Ovariums, Wien, 1935.

Sur la géographie des stations thermales en Pologne.

Par: STANISŁAW LESZCZYCKI.

Nos considérations sont basées sur le statut des stations thermales, qui définit les stations balnéaires d'après les caractères des eaux minérales, les stations climatiques d'après leurs conditions climatiques, enfin les stations de bains et les nombreux villages de villégiature. On s'est basé sur le registre du Ministère de l'Assistance Sociale, en considérant les stations d'état, les stations d'utilité publique, les stations silésiennes, les villages et les stations de bains, qui possédent le droit de perçevoir des taxes. On a ajouté à ce registre 15 petites stations balnéaires, dont l'eau minérale a été analysée et où se trouvent des établissements de traitement thermal. Chacune de ces stations reçoit en moyenne 5 mille personnes par an.

La table nr. 1 nous montre, qu'il y a le plus de stations dans le département de Cracovie (28), de Pomorze (19), enfin dans le dép. de Stanisławów (15).

Au point de vue juridique on peut distinguer 6 stations d'état (Burkut, Busko, Ciechocinek, Druskieniki, Krynica, Szkło), dispérsées dans les divers départements. Parmi ces stations d'état quatre appartiennent au groupe des plus grandes, une (Szkło) appartient à la III catégorie, seule la station de Burkut ne fonctionne pas encore. D'après leurs genres balnéologiques les sources de deux de ces stations sont acidulées renfermant de l'acide carbonique naturel, deux autres salées, et les deux dernières sulfureuses.

Le deuxième groupe est composé de 8 stations silésiennes, dont 3 sont des stations balnéaires à eaux salées, les autres sont des stations climatiques (par exception à Ustroń et à Jaworze il y a des bains thérapeutiques). Les stations à caractère d'utilité publique au nombre de 22 se divisent en: 15 stations balnéaires, 6 stations climatiques, 1 station de bains. 11 appartiennent à la catégorie des stations les plus importantes, 10 à la catégorie des stations moyennes et seulement 1 appartient à la catégorie des stations de moindre importance. 14 stations de bains, 6 stations balnéaires et 18 stations climatiques (villages de villégiature) ont le droit de perçevoir des taxes. 3 de ces stations appartiennent à la catégorie des stations les plus importantes, 26 à la catégorie des stations moyennes et 9 à la catégorie des stations de moindre importance. En outre, on a fait le rélevé de 15 petites stations balnéaires qui n'avaient pas été enrégistrées. L'affluence des touristes dans 4 d'entre elles se classe dans la deuxième catégorie. Leurs sources se divisent en: 2 sources acidulées bicarbonatées, 6 sources salées, 6 sulfureuses et 1 d'une autre composition chimique.

Par rapport à l'affluence des touristes on a divisé les stations thermales en 3 catégories. La première embrasse les stations oú le nombre des arrivées dépasse 5 mille personne par an (21 stations). Cette catégorie se divise en 3 groupes: a) les stations oú le nombre des touristes dépasse 20 mille personnes (5), b) les stations oú l'affluence varie de 10 à 20 mille personnes (6), c) les stations oú l'affluence varie de 5 à 10 mille personnes (10). Entre les stations de la première catégorie on distingue 12 stations balnéaires, 7 stations climatiques et 2 stations de bains. — Dans la seconde catégorie il y a 44 stations oú le nombre des arrivées varie de 1000 à 5000 personnes (44 stations). Entre elles il y a 19 stations balnéaires, 18 stations climatiques et 7 stations de bains. — Enfin on a classé dans la 3-ème catégorie les stations de bains oú l'affluence n'atteint pas 1000 personnes par an. Entre elles il y a 14 stations balnéaires, 4 stations climatiques et 6 stations de bains.

Nos stations thermales (89) se divisent en 45 stations balnéaires, 29 stations climatiques et 15 stations de bains. Par rapport aux valeurs balnéologiques on distingue parmi les sources des stations balnéaires les sources acidulées renfermant de l'acide carbonique naturel (10), les sources à eau salée (16), les sources sulfureuses (15), les sources à sel de Glaubère (1) etc. (3). On a drèssé le relevé ci dessous des stations dans les diverses voïvodies, en soulignant leurs caractères.

En se basant sur ce relevé il faut surtout constater,

que l'état polonais exerce peu d'influence dans l'administration des stations thermales. Les Conseils Généraux en exercent une plus grande. La majorité les stations thermales, c'est à dire les sources minérales et les établissements thermaux sont la propriété de personnes privées. Au point de vue économique l'organisation de l'industrie balnéaire est à cet égard avantageuse, cependant elle l'est moins par rapport à l'administration et aux finances de l'Etat.

Quelques stations, par suite de leurs conditions naturelles et techniques et de leur développement, devraient avoir un caractère d'utilité publique, telles les stations silésiennes, les stations situées aux environs des Tatras, dans la vallée du Poprad, les stations de bains de mer et d'autres encore. Aussi la liste des villages de villégiature n'est pas complète, car beaucoup de villages bien aménagés et fréquentés par beaucoup de touristes manquent. La liste des stations doit être revue, les stations balnéaires non enrégistrées disparaîtront alors.

Les grandes stations thermales au nombre de 21 sont les plus importantes. Elles créent les centres principaux de l'industrie thermale. L'importance de ces stations subit diverses modifications. Le grand accroissement du tourisme prouve, que toutes les stations thermales tendent à se développer. Les stations climatiques se concentrent surtout dans les Carpathes (24 sur 29), ce qui s'explique par les conditions climatiques. — Les

Table nr 1.

Relevé des stations thermales en Pologne

du. 1. V. 1939.

Département	Stations balnéaires	St. climatiques	St. de bains	I cat.	II cat.	III cat.	Stations de l'état	St. silésiennes	St. d'utilité publique	St. climatiques	St. de bains	Petites st. balnéaires	Ensemble
Białostockie . . .	1			1			1						1
Kieleckie	2	1		1	2		1		2				3
Krakowskie	15	13		6	16	6	1		6	16		5	28
Lubelskie	1	1			2				1	1			2
Lwowskie	9			2	4	3	1		6			2	9
Łódzkie	1				1					1			1
Pomorskie	4		15	4	8	7	1		2		14	2	19
Stanisławowskie . .	9	6		2	7	6	1		3	6		5	15
Śląskie	3	5		3	4	1		8					8
Tarnopolskie . . .		1		1					1				1
Warszawskie . .		1		1					1				1
Wołyńskie	1				1							1	1
Ensemble	45	29	15	21	44	24	6	8	22	24	14	15	89

Les départemens de Nowogródek, de Polesie, de Poznań et de Wilno, qui ne possèdent pas de stations n'ont pas été pris en ligne de compte.

stations balnéaires se partagent en 3 groupes: sources acidulées, sources salées et sources sulfureuses, seul Morszyn a des sources à sel de Glaubère. Leur importance par rapport au nombre des touristes est à peu près égale. Les autres sources sont surtout des sources légèrement acidulées-ferrugineuses (Czarniecka Góra, Nałęczów). En Pologne il n'y a pas de thermes (outre les thermes salées à Ciechocinek et l'acratothermes à Jaszczurówka), il n'y a pas non plus de sources arsénicales, neanmoins les conditions du traitement balnéologique sont favorables.

On a indiqué sur la carte ci-inclus les stations thermales en Pologne. Leur répartition démontre leur rapport avec la morphologie, le climat et la structure géologique du pays, qui détermine l'existence des sources minérales. Les stations polonaises se régionalisent d'une manière caractéristique. Les stations de bains de mer qui s'étendent le long de la côte baltique forment une région separée. Dans le pays bas les eaux salées jaillissent à la surface, elles sont exploitées dans les grandes stations balnéaires aux environs de Toruń (Czerniewice, Inowrocław, Ciechocinek) et à l'est aux environs de Grodno (Druskieniki). Dans la vallée de la basse Vistule il y a des sources d'eaux sulfureuses (Wieniec) et deaux acidulées (Ostromecko — où il y a seulement un établissement d'exploitation des eaux en bouteilles). Au nord du plateau de la Pologne centrale il y a de faibles sources acidulées ferrugineuses (Czarniecka Góra, Nałęczów), au sud les eaux sulfureuses sont exploitées dans deux régions: à l'ouest (Busko et Solec, eaux sulfureuses salées) et à l'est le long du seuil de Roztocze et aux environs de Lwów (Horyniec, Niemirów, Szkło,

Table nr 2.

Liste des stations thermales en Pologne

du. 8. IV. 1939.

NOM	Caractère juridique	Genre de station	Catégorie (L'afflux)
Woïv. Białystok			
1. Druskieniki	st. d'état	st. baln salée	I b
Woïv. Kielce			
2. Busko	st. d'état	st. baln. sulf.	I c
3. Ojców	st. d'ut. publ.	st. clim.	II
4. Solec	„	st. baln. sulf.	II
Woïv. Kraków			
5. Bukowina	st. clim.	st. clim.	II
6. Bystra	„	„	II
7. Czorsztyn	„	„	II
8. Kościelisko	„	„	II
9. Krościenko	„	st. baln. acid.	II
10. Krynica	st. d'état	„ „	I a
11. Krzeszowice	d'ut. publ.	st. baln. sulf.	III
12. Latoszyn	sans droit.	„ „	III
13. Łomnica	„ „	st. baln acid.	II
14. Maków	st. clim.	st. clim.	II
15. Murzasichle	„	„	II
16. Muszyna	„	st. baln. acid.	I c
17. Piwniczna	„	„ „	II
18. Podgórze	sans droit	st. baln. sulf.	III
19. Poronin	st. clim.	st. clim.	II
20. Rabka	st. d'ut. publ.	st. baln. salée	I a
21. Rajcza	st. clim.	st. clim.	II
22. Rytro	„	„	II
23. Sucha	„	„	III
24. Swoszowice	d'ut. publ.	st. baln. sulf.	II
25. Szczawa	sans droit	st. baln. acid.	III
26. Szczawnica	st. d'ut. publ.	„ „	I b
27. Szczyrk	st. clim.	st. clim.	I c
28. Wapienne	st. d'ut. publ	st. baln. sulf.	III
29. Wysowa	st. clim.	st. baln. acid.	II
30. Zakopane	st. d'ut. publ.	st. clim.	I a
31. Zawoja	st. clim.	„	II
32. Żegiestów	st. d'ut. publ.	st. baln. acid	II
Woïv. Lublin			
33. Kazimierz N.	st. clim.	st. clim.	II
34. Nałęczów	st d'ut. publ.	st. baln.	II
Woïv. Lwów			
35. Brzozów	sans droit	st. baln. salée	III
36. Horyniec	st. d'ut. publ.	„ „ sulf.	II
37. Iwonicz	„	„ „ salée	I b
38. Lubień Wl.	„	„ „ sulf.	II
39. Niemirów	„	„ „ „	II
40. Pustomyty	sans droit	„ „ „	III
41. Rymanów	st. d'ut. publ.	„ „ salée	II
42. Szkło	„	„ „ sulf.	III
43. Truskawiec	„	„ „ salée	I a
Woïv. Łódź			
44. Czarniecka Góra	st. clim.	st. baln.	II

NOM	Caractère juridique	Genre de station	Catégorie (L'afflux)
Woïv. Pomorze			
45. Chałupy	st. de bains	st. de bains	III
46. Chłapowo	„ „ „	„ „ „	III
47. Ciechocinek	st. d'état	st. baln. salée	I a
48. Czerniewice	sans droit	„ „ „	III
49. Dębki	st. de bains	st. de bains	III
50. Inowrocław	st. d'ut. publ.	st. baln. salée	I c
51. Jastarnia Bór	st. de bains	st. de bains	I c
52. Jastrzębia Góra	„ „ „	„ „ „	II
Jasne Wybrzeże			
53. Jurata	„ „ „	„ „ „	II
54. Hel	„ „ „	„ „ „	II
55. Karwia, Błota Karw.	„ „ „	„ „ „	II
56. Kuźnica	„ „ „	„ „ „	II
57. Orłowo-Gdynia	st. d'ut. publ.	„ „ „	I c
58. Ostrowo	st. de bains	„ „ „	III
59. Puck	„ „ „	„ „ „	III
60. Swarzewo	„ „ „	„ „ „	II
61. Tupadły	„ „ „	„ „ „	III
62. Wieniec	sans. droit	st. baln. sulf.	II
63. Wielka Wieś	st. de bains	st. de bains	II
Woïv. Stanisławów			
64. Burkut	st. d'état	st. baln. acid	III
65. Czercze	sans droit	„ „ sulf.	II
66. Delatyn	„ „	„ „ salée	II
67. Hrebenów	st. clim.	st. clim.	II
68. Jaremcze	st. d'ut publ.	„ „	I c
69. Kosów	st. clim.	st. baln. salée	II
70. Kuty	„	st. clim.	II
71. Morszyn	st. d'ut. publ.	st. baln à sel glaubère	I c
72. Olesiów	sans. droit	st. baln.	III
73. Podlute	„ „	st. baln. sulf.	III
74. Skole	st. clim.	st. clim.	II
75. Sławsko	„	„ „	III
76. Tuchla	„	„ „	III
77. Worochta	st. d'ut. publ.	„ „	II
78. Zełemianka	sans droit	st. baln. salée	III
Woïv. Śląsk			
79. Bystra	st. silés.	st. clim.	II
80. Darków	„ „	st. baln. salée	II
81. Goczałkowice	„ „	„ „ „	II
82. Istebna	„ „	st. clim.	II
83. Jastrzębie	„ „	st. clim. salée	I c
84. Jaworze	„ „	st. clim.	III
85. Ustroń	„ „	„ „	I c
86. Wisła	„ „	„ „	I b
Woïv. Tarnopol			
87. Zaleszczyki	st. d'ut. publ.	st. clim.	I c
Woïv. Warszawa			
88. Otwock	st. d'ut. publ.	st. clim.	I a
Woïv. Wołyń			
89. Huta Stepańska	sans droit	st. baln. salée	III

1. **Caractère juridique des stations:** stations d'état (d'état), st. silésiennes (silés.), st. à caractère d'utilité publique (st. d'ut. publ.), st. climatiques (st. clim.), st. de bains (st. de bains), st. sans droit de percevoir des taxes (st. sans droit).

2. **Genre de stations:** st. balnéaires (st. baln.), sources acidulées (acid.), sources salées (salée), sources sulfureuseus (sulf.), à sel Glaubère (à sel Glaubère).

3. **Catégorie de station d'après l'afflux des touristes:** I a (où le nombre des touristes dépasse 20 mille personnes par an), I b (de 10 a 20 mille p.), I c (de 5 à 10 mille p.), II (de 1 à 5 mille p.), III (où le nombre des touristes n'atteint pas 1 mille personnes par an.).

NOTE: On a omis dans la liste Biały Dunajec (voïv. Kraków), nr. 90: st. clim., st. clim. II.

Lubień W., Pustomyty, Czercze — sulfureuses sources calcaires). Huta Stepańska en Volhynie c'est une source distincte d'eau salée.

La plupart des sources minérales se concentrent dans la Pologne du Sud, surtout dans les Carpathes. Aux environs de Cracovie jaillissent des sources sulfureuses (Krzeszowice, Podgórze, Swoszowice). On les rencontre encore à l'est (Latoszyn) et dans les montagnes (Wapienne, Podlute). Les sources acidulées se concentrent dans 3 régions: 1) les sources salées-calcaires dans la vallée du Dunajec, aux environs des Piénines (Szczawnica, Krościenko, Szczawa), 2) les sources alcalines ferrugineuses dans la vallée du Poprad (Piwniczna, Łomnica, Zegiestów, Muszyna, Krynica, Wysowa), 3) la troisième région embrasse le haut bassin de Czeremosz, les sources n'y sont pas exploitées rationnellement. Le long de leurs contreforts les Carpathes abondent surtout en sources salées. En Silésie elles sont exploitées à Goczałkowice, Jastrzębie et à Darków. Les sources à Rabka forment une entité distincte. Plus loin à l'est les eaux salées sont exploitées à Iwonicz, Rymanów, Brzozów, enfin à Truskawiec. Dans les Carpathes Orientales les sources d'eaux salées existent dans le voisinage des couches de pétrole. Il y a plus de 300 sources minérales, mais seules celles de Zelemianka, Delatyn (Jaremcze) et Kosów sont exploitées. En outre auprès des salines existent d'anciennes installations de bains, qui sont employées par les habitants. Dans les Carpathes Orientales se trouve la seule station des eaux à sel Glaubère — Morszyn.

Comme on l'a mentionné ci-dessus, sur 29 stations climatiques 24 se trouvent dans les Carpathes. 5 d'entre elles (Ustroń, Wisła, Istebna, Bystra, Jaworze) se trouvent dans le Beskid Silésien, 7 (Bystra, Szczyrk, Rajcza, Sucha, Maków, Zawoja, Rytro) dans le Beskid Occidental, 6 (Zakopane, Murzasichle, Bukowina, Poronin, Kościelisko, Czorsztyn) aux environs des Tatras, 4 dans la vallée d'Opór (Skole, Sławsko, Tuchla, Hrebenów) et 2 dans la vallée de Prut (Jaremcze, Worochta). En plus on rencontre des stations climatiques en Podolie (Zaleszczyki), aux environs de Varsovie (Otwock), dans les canyons aux environs de Cracovie (Ojców) et sur les bords de la Vistule moyenne (Kazimierz Dl.).

La carte ci-jointe indique les différents types de sources minérales et les catégories des stations par rapport à l'affluence des touristes. Elle nous fait connaître les régions thermales de la Pologne au point de vue naturel et économique.

Depuis à peu près 20 ans le développement du mouvement touristique dans les stations thermales a sensiblement augmenté. Tout d'abord le nombre des touristes n'atteignait pas 100 mille personnes par an, maintenant il atteint le chiffre de ½ million de touristes par an. Nos considérations sur le mouvement touristique dans les stations thermales sont basées sur la statistique faite par le Ministère de l'Assistance Sociale, mentionnée cidessus.

La table nr. 3. indique le nombre total de touristes qui de 1921 à 1938 ont séjourné dans les stations d'état, stations privées à caractère d'utilité publique, stations silésiennes, stations de bains percevant des taxes et stations climatiques. On n'a pas pris en considération 14 petites stations balnéaires sans droit de perception des taxes, dans lesquelles l'afflux des touristes en 1938 a atteint 4831 personnes.

Le diagramme ci-joint présente aussi ces données statistiques. L'affluence des touristes dans nos stations thermales en 1921 et 1922 n'atteignait pas 100 mille personnes, au cours des 3 années suivantes il y eut environ 120 mille personnes. La courbe ascendante du mouvement touristique débute en 1924. Depuis lors, chaque année il y a 20 à 30 mille personnes de plus (jusqu'en 1928). Ce développement est en rapport avec le développement économique en Pologne. Il résulte d'une importante mise de fonds dans les stations thermales ainsi que de la réglementation des passeports. De 1928 à 1930 bien que la situation économique soit meilleure le mouvement touristique baisse, tout en se maintenant à une moyenne de 200.000 personnes par an, ce qui s'explique par les nombreux départs de touristes à l'étranger. En 1927 en a donné 48 mille passeports, en 1928 — 86 mille, en 1929 — 87 mille et en 1930 — 114 mille passeports par an. Par suite de la bonne situation économique la clientèle la plus riche est allé à l'étranger. On peut considérer les années de 1921 à 1930 comme la première période du développement du mouvement touristique, terminée par une certaine stabilisation du mouvement touristique dans nos stations thermales.

En 1932 recommence malgré les années de crise le développement du mouvement. Le nombre des touristes est presque double. Les données statistiques pour la deuxième période embrassent les stations thermales, tandis que pendant la première période elles se rapportent seulement aux stations d'utilité publique. Ainsi l'on ne peut comparer ces deux périodes. La deuxième période se caractérise par l'accroissement du mouvement de 30 à 40 mille personnes par an, ce qui comporte une augmentation de 9 à 13% en comparaison avec les années précédentes.

Depuis 1927 le mouvement touristique a quadruplé, depuis 1931 il a augmenté de 100%. Il faut supposer, que ce développement va continuer et que le nombre des touristes atteindra dans 10 ans 1 million de personnes, en admettant une situation politique favorable et une bonne propagande, s adressant à la population urbaine.

En 1938 dans les plus grandes villes de Pologne il y avait 3,850.000 personnes, dans toutes les villes en général il y avait 8,689.000 personnes. Les autres professions outre l'agriculture comptent en Pologne 12,168.000 personnes. Ces chiffres montrent, qu'on peut réellement espérer que le nombre des touristes dans les stations thermales polonaises croîtra.

Dans la table nr. 4 on a indiqué l'intensité de l'afflux des touristes dans les stations à caractère d'utilité publique pour la période 1921—1938. Dans les stations d'état le mouvement touristique pendant cette période a presque triplé. A Krynica le développement est le plus intense, le nombre des touristes est passé de 13 à 39 mille personnes. A Druskieniki l'afflux est 28 fois plus grand qu'en 1921. Les stations privées se développent encore plus intensivement, le nombre total des arrivées y a augmenté de 60 à 230 mille personnes,

Table nr 3.

L'afflux des touristes dans les stations thermales en Pologne.

Stations thermales	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938
1. stations d'état	30425	29404	39764	33990	37364	47627	59389	66337	63550	59099	56765	58186	57563	55434	61988	65757	70592	81724
2. „ privées à caractère d'utilité publ. . .	60690	65942	76603	80016	91360	104072	124042	136488	137662	136511	143827	137649	150650	154943	170293	188443	204062	230504
3. „ de bains						9138	10536	11267	9243	11765	10632	9737	13435	13805	16714	19606	22876	32353
4. „ silésiennes . . .											11651	12885	15417	17023	20404	22299	26553	31963
5. autres stations											28310	31865	38816	28485	46516	55325	61637	68865
Ensemble . .	91115	95346	116367	114006	128724	160837	193967	214092	210455	207375	251185	250322	275881	279690	315915	351430	385720	445409

Table nr 4.

L'afflux des touristes dans les stations à caractère d'utilité publique.

NOM	Date de l'ouverture de l'établissement thermal	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938
Busko . . .		3903	4565	5470	4421	4170	5183	6464	7976	8756	7452	6201	5594	5489	5162	5552	5749	6797	7411
Ciechocinek .		13642	12166	17112	11127	11605	14396	15830	16941	16419	13126	13602	15310	14418	14718	15302	17737	17885	19992
Druskieniki .			546	2500	2907	3152	4304	6128	5861	5873	7955	7235	7492	8271	8006	8887	10216	11047	13908
Horyniec . .	1923														545	685	734	1107	1494
Inowrocław .		1150	1627	3030	3038	3280	3734	4370	5693	5885	5933	5450	5064	5106	4949	5063	5744	6419	6742
Iwonicz . . .		5586	4737	5609	5412	4761	6020	7946	7761	7188	6092	5237	5190	5496	6414	9047	9486	11122	11641
Jaremcze . .		3200	3800	3700	3656	4041	3335	4150	4230	4126	4426	5030	5145	4455	4586	5409	5577	6374	5358
Krynica . .		12880	12127	14682	15535	18437	23744	30967	35559	32502	30566	29727	29464	28882	27023	31712	31551	34191	39650
Krzeszowice .				75	250	138	124	214	302	162	95	105	68	63	(65)	68	55	55	65
Lubień Wl. .		328	760	1668	1950	1963	1978	2322	2623	2694	2159	2459	2231	1822	(1900)	2031	2320	2551	2660
Morszyn . .			470	600	600	600	800	900	1100	1247	1570	1538	1919	2989	3301	4368	6349	7341	8101
Nałęczów . .		2325	2500	2690	2900	3490	3681	4075	4479	2517	2439	2250	1626	2304	1816	1834	2020	2653	2963
Niemirów . .	1922					600	(1200)	1800	2000	(1800)	1700	(1800)	(1800)	2000	1950	2200	(2000)	2034	3557
Ojców . . .				76	74	91	118	116	117	802	790	650	495	356	(500)	(1000)	4090	2303	2975
Orłowo . . .							503	631	1033	1221	1209	1458	3661	5742	2508	3218	4450	4071	6280
Otwock . . .		9312	9960	12212	11326	124791	14065	16177	16420	14813	13673	13241	15130	23077	26094	29393	28936	30053	39682
Rabka . . .		6231	9195	5901	6626	8338	9242	11183	15610	17238	16640	17549	18415	20846	20309	20379	24322	26753	28072
Rymanów . .		501	1049	1057	1212	1306	1681	2280	2717	2830	2368	2356	2090	2044	2000	2061	2401	2649	3514
Solec . . .		1200	1400	1250	1356	1150	1200	1460	1750	1737	1300	1155	940	997	916	1050	1108	1156	1375
Swoszowice .	1922			78	78	104	94	125	126	160	341	299	61	110	158	85	81	56	66
Szczawnica .		4946	4821	5506	4997	4649	6039	7359	7967	7786	6841	6917	6033	6439	5528	7754	8498	9458	10723
Szkło . . .	1932												326	503	525	535	504	609	763
Truskawiec .		5351	4903	6050	6057	8220	8935	9931	11623	13519	13184	13884	14242	14292	13491	15860	16007	16150	17924
Worochta . .		25	140	380	450	1804	1788	1500	2000	3940	4512	3737	3114	4328	4105	(2852)	5296	3974	3968
Zakopane . .		20535	20580	25800	28622	31494	35205	42574	43639	43273	45366	42332	44196	42286	47902	48858	49798	57981	60671
Zaleszczyki .					200	1800	3000	3060	3100	2500	2943	3115	3112	3202	3226	4628	5353	5797	8238
Żegiestów . .				921	1212	1052	1330	1869	2197	2226	2930	3268	2817	2696	2680	3350	3818	4068	4450
Ensemble .		91115	95346	116367	114006	128724	151699	183431	202825	201212	195610	200592	195835	208213	280377	232281	254200	274654	312228

(Chiffres entre parenthèses indiquent l'afflux approximatif).

c'est à dire qu'il a quadruplé. Otwock, Rabka et Truskawiec reçoivent le plus de touristes. On a noté aussi un grand développement du mouvement à Zakopane et à Morszyn.

Dans la table nr. 5 on a indiqué le nombre des touristes dans les stations de bains de mer. De 1926 à 1928 l'affluence a triplé. Le relevé concerne 14 stations de bains, auquelles sont adjoints plusieurs hameaux et quelques localités en voie de développement. Jurata, Jastrzębia Góra et dernierement Chłapowo et Dębki se développent le plus intensivement. Durant les premiers années de l'indépendance de la Pologne il n'y avait pas de tourisme dans ces contrées.

Dans la table nr. 6 on a exposé les données statistiques pour les stations silésiennes, pour la période de 1931 à 1938. Pendant cette période le mouvement touristique a triplé. On a noté à Wisła 6 fois plus d'arrivées qu'en 1931, à Istebna 4 fois plus. Quant à Darków nous sommes en possession de données statistique pour l'année 1938. Nous ne pourrons les comparer que plus tard.

Les stations climatiques sont indiquées dans la table nr. 7. L'accroissement de l'affluence des touristes de 1931 à 1938 a triplé. Les variations dans les stations particulières sont importantes. On note le développement le plus grand à Muszyna, Piwniczna et Poronin, puis dans les stations aux environs des Tatras et dans la vallée d'Opór.

Pour définir la régionalisation du mouvement dans les stations thermales on a calculé son intensité pour l'année 1938. La carte ci-jointe montre les résultats de ces calculs. La voïvodie de Cracovie qui compte 28 stations thermales (31.5% du nombre total) prend la première place dans cette statistique et concentre 42.5% du mouvement touristique total. La voïvodie de Pomorze se trouve à la deuxième place, il y a là 19 stations (21.4%), qui attirent 14.8% des touristes. Les voïvodies de Léopol, de Varsovie, de Silésie et de Stanisławów sont aussi importantes, c'est là que se concentrent 5 à 10% du mouvement total en Pologne.

On a effectué des calculs analogues pour l'année 1936. Cependant il n'est possible de comparer ces données que dans une certaine mesure, puisque dans l'entretemps la division administrative a été modifiée. L'importance de la voïvodie de Pomorze a augmenté le plus sensiblement par suite de l'annexion de Ciechocinek et d'Inowrocław (7.3 à 14.8%). On a noté aussi un accroissement sensible du tourisme dans les voïvodies de Białystok, Lublin, Léopol et Volhynie.

Les stations thermales ont une grande importance sanitaire et sociale, ce qui est prouvé par le nombre de bains et de traitements. On a indiqué les données sta-

Table nr 5. **L'afflux des touristes dans les stations de bains de mer.**

NOM	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938
Chałupy	399	406	456	348	497	389	222	359	353	537	648	539	1050
Chłapowo	222	355	235	195	290	286	127	217	237	414	916	1978	1310
Dębki					82	74	80	66	163	165	182	227	590
Hel	2295	2572	2566	2118	2842	2516	2732	2878	4421	4311	4613	2600	2750
Jastarnia (Bór)	3035	3598	3853	3042	3580	3156	3014	3643	2873	4630	5497	6224	(10000)
Jastrzębia Góra	144	184	300	465	749	623	750	1058	1044	1571	1900	2781	3002
Jurata								(1420)	998	763	626	1235	1874
Karwia (Błoto)	755	885	868	729	815	1178	795	1084	1032	1275	1387	2946	2217
Kuźnica	750	850	865	940	1150	948	817	1104	766	1133	1510	1352	1800
Ostrowo					226	162	77	265	410	497	672	717	937
Puck	269	181	254	191	209	140	167	171	142	128	106	150	(810)
Swarzewo	354	394	459	475	317	318	141	133	550	397	506	641	1266
Wielka Wieś	915	1111	1411	740	1008	842	815	1037	816	893	1043	1486	3270
Ensemble	9138	10536	11267	9243	11765	10632	9737	13435	13805	16714	19606	22876	32353*

*) On a omis Tupodły où ily avoit en 1938 — 1477 personnes.

Table nr 6. **L'afflux des touristes dans les stations thermales silésiennes.**

NOM	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938
Bystra	300	322	374	586	1313	1338	1429	596
Goczałkowice	998	868	969	1072	1256	1479	1481	1546
Istebna	682	1319	1687	1679	1724	1505	1270	2212
Jastrzębie	3000	3362	4123	4988	4501	5354	6156	6160
Jaworze	1123	839	1212	966	880	878	958	886
Ustroń	3070	3233	3190	3528	3731	4034	5008	5628
Wisła	2478	2942	3862	4204	6999	7711	10251	12935
Ensemble	11651	12885	15417	17023	20404	22299	26553	31963*

*) avec Darków env. 2000.

tistiques pour la période de 1924 à 1938 dans la table nr. 8. Le nombre des cures thérapeutiques a doublé, ce qui atteste le développement de ce domaine de la vie économique. Le nombre de cures thérapeutiques étant proportionnellement moindre que le nombre des touristes, ce fait prouverait un certain appauvrissement de la clientèle. On devra prendre ce fait en considération quand on cherchera à populariser les traitements thérapeutiques dans toutes les classes sociales.

En 1938 les touristes ont fait 2,276.461 cures thérapeutiques (1,034.648 dans les stations d'état, 1,071.045 dans les stations à caractère d'utilité publique et 170.768 dans les stations qui ont le droit de percevoir des taxes). Dans les stations balnéaires qui n'ont pas été enrégistrées environ 50,000.000 cures thérapeutique ont été faites. Le nombre des cures thérapeutiques a cru de 1,158.444 en 1924 à 2,188.529 en 1937. On peut évaluer leur revenu à 8—10 millions zloty.

Les chiffres ci-dessus prouvent que l'exploitation thermale en Pologne se développe favorablement et qu'elle constitue une branche importante de l'économie nationale, surtout dans certaines régions de la Pologne.

O geografii zdrojowisk w Polsce.

Autor przedstawia dane ilościowe frekwencji turystów w rozmaitych zdrojowiskach w Polsce.

Table nr 7

L'afflux des touristes dans les stations climatiques qui ont le droit de percevoir des taxes.

NOM	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938
Bukowina Tatrzańska . .	1716	1910	1838	1962	2554	2276	2889	3941
Bystra Krakowska . . .	2788	3361	338	342	1737	1299	1288	1761
Czarniecka Góra . . .					400	2107	2939	3679
Czorsztyn	746	556	308	(500)	797	1100	1430	1060
Hrebenów			1908	1558	2000	2712	3165	3838
Kazimierz Dolny		1425	1430	(2000)	(2500)	3952	3268	4050
Kosów			635	862	1385	1808	1681	1485
Kościelisko	1200	2000	1730	(1700)	1628	1864	2550	3960
Krościenko	1734	1674	1838	1392	1806	2419	2822	3842
Kuty			864	1069	1398	1629	1038	906
Maków Podhalański . .	1400	1208	814	(1200)	1695	3673	2168	2229
Murzasihle	720	560	(1200)	(1500)	(2000)	3806	3844	4717
Muszyna	2819	3005	4551	2654	3647	4989	7013	8510
Piwniczna	1175	1121	1787	1661	1328	2159	3002	3370
Poronin	2731	2757	2739	2384	4014	4090	3979	5526
Rajcza	1733	1052	1144	1000	1055	1016	1815	1644
Rytro	1486	1472	1575	(1600)	1728	1520	1778	754
Skole			2250	3160	2466	2513	2773	2397
Sławsko						660	186	533
Sucha	2598	2729	1664	(800)	542	574	670	435
Szczyrk	3190	4911	7640	7540	8195	7065	8217	5780
Tuchla				1234	1050	814	502	315
Wysowa	798	618	427	(450)	529	416	556	627
Zawoja	1486	1506	2136	1917	2062	864	2064	2514
Ensemble . .	28310	31865	38816	38485	46516	55325	61637	68865*

*) Les données pour Sełemianka — voir Hrebenów.

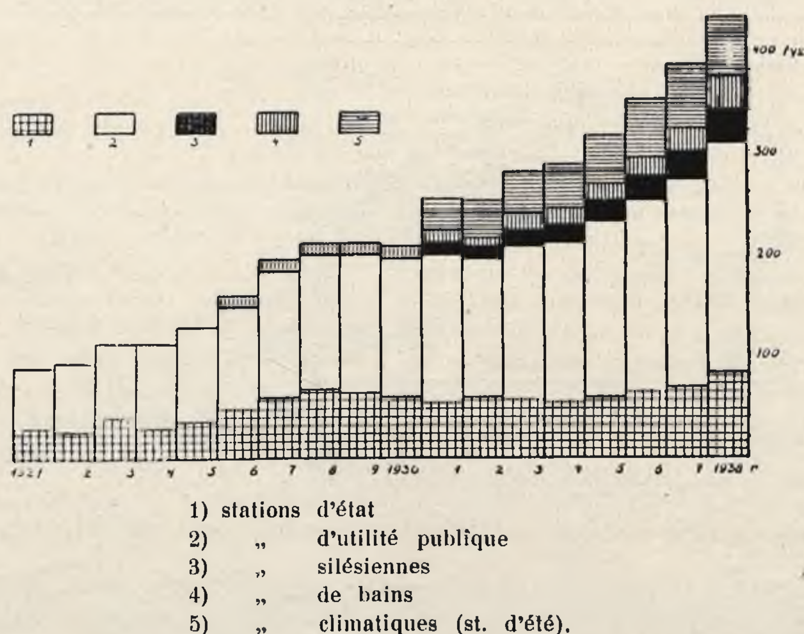
**) On a omis Biały Dunajec où ily avait en 1938 — 992 personnes.

Table nr 8.

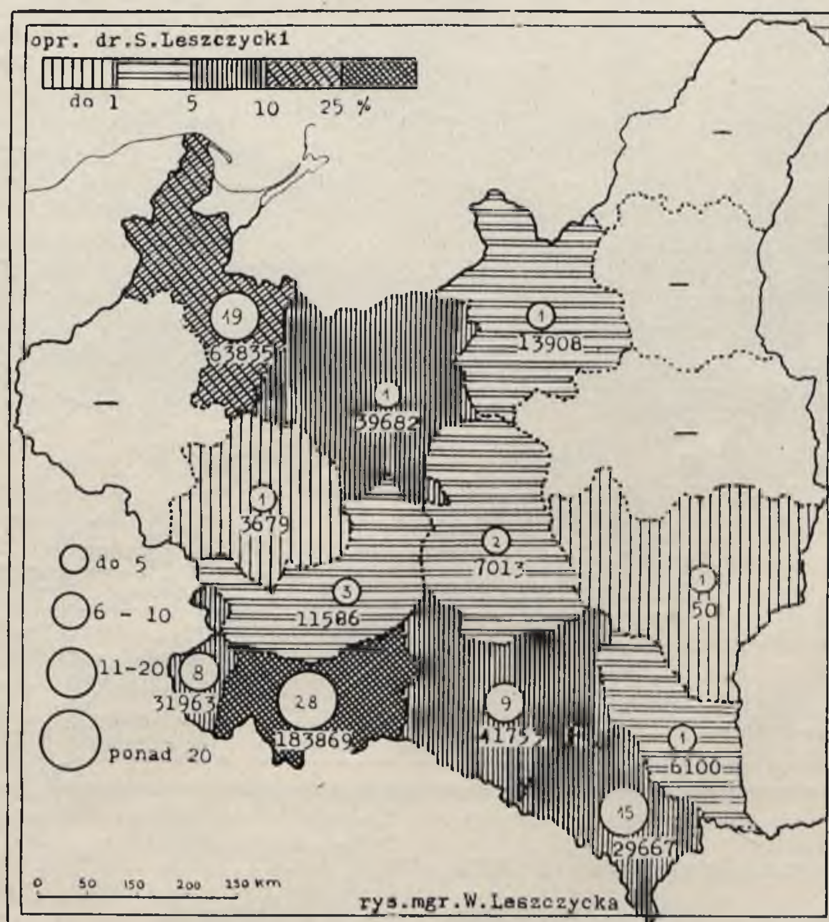
Nombre des bains et des cures thérapeutiques faites par les touristes.

St. thermales	1924	1925	1926	1927	1928	1932	1933	1936	1937	1938
st. d'état	642522	653595	765804	954061	1013689	855457	820849	923239	982292	1034648
st. privées à caract. d'ut. publ. .	483604	504849	586488	747190	837234	629536	749981	883910	983589	1071045
autres st.						91920	60859	165780	222648	170768
Ensemble . .	1126126	1158444	1352292	1701251	1850923	1576913	1675732	1972929	2188529	2276461

Développement du mouvement touristique dans les stations thermales.

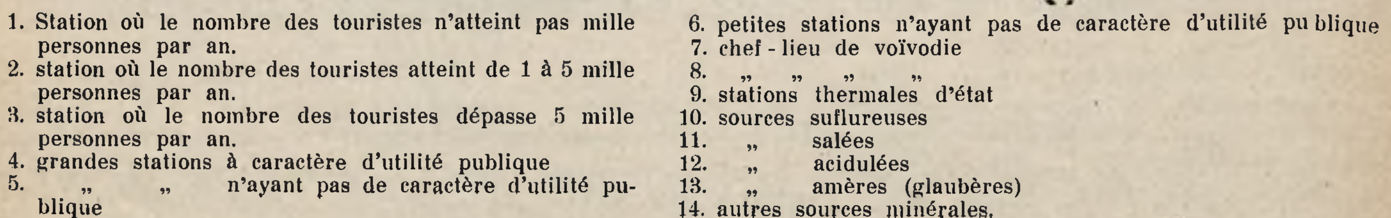


Répartition du mouvement touristique dans les stations thermales en Pologne en 1938.



Les cercles indiquent le nombre des stations, les chiffres indiquent l'intensité du mouvement touristique en 1938; Les surfaces tracées - indiquent l'afflux des touristes d'après les voïvodies.

Répartition des stations thermales et balnéaires en Pologne.



1. Station où le nombre des touristes n'atteint pas mille personnes par an.
2. station où le nombre des touristes atteint de 1 à 5 mille personnes par an.
3. station où le nombre des touristes dépasse 5 mille personnes par an.
4. grandes stations à caractère d'utilité publique
5. „ „ n'ayant pas de caractère d'utilité publique
6. petites stations n'ayant pas de caractère d'utilité publique
7. chef-lieu de voïvodie
8. „ „ „ „
9. stations thermales d'état
10. sources suflureuses
11. „ salées
12. „ acidulées
13. „ amères (glaubères)
14. autres sources minérales.

Inowrocław jako zdrojowisko.

Podał:
Dr. ST. SROCZYŃSKI.

Referat wygłoszony na Zjeździe Delegatów Miast Pomorskich w Inowrocławiu w dniu 28. czerwca 1939 r.

Historia Zakładów Zdrojowych miasta Inowrocławia związana jest ściśle z postacią Zygmunta Wilkońskiego. Nie tak dawno odsłonięty pomnik u wejścia do parku zakładowego, ufundowany przez Wydział Uzdrowiskowy Zarządu Miejskiego i Stowarzyszenia Lekarzy Zdrojowych, słowa wyryte w spiżu przypominać mają gościom zdrojowiska i obywatelstwu zasługi twórcy solanek, którego życie było wiernym odbiciem dążności umysłów twórczych ziemi wielkopolskiej i pomorskiej do pomnożenia zdobyczy gospodarczych i do samodzielnego bytu.

Zygmunt Wilkoński urodził się 20 maja 1832 r. w Stołężynie powiatu wągrówieckiego, uczęszczał do dwóch gimnazjów poznańskich, egzamin maturalny złożył we Wrocławiu, studiował filozofię, potem prawo we Wrocławiu, Heidelbergu i Berlinie. Promocja na doktora prawa nastąpiła w 1856 r. we Wrocławiu. Poświęcił się karierze sędziowskiej; pracował w sądach w Poznaniu, Bydgoszczy i w Inowrocławiu, skąd wskutek rozporządzenia ministra sprawiedliwości przenieść go miano w strony niemieckie. Zażądał dymisji dowodząc, że dzieci swoich niemczyć nie pozwoli. W 1867 roku zwolniony zostaje dr. Wilkoński ze służby sądowej i powraca na rolę, dokąd ciągnęły go tradycje rodzinne. W 1872 roku kupił Rąbin i Rąbinek pod Inowrocławiem. Po odkryciu w stawie ogrodu swojego słonej wody powziął myśl założenia solanek inowrocławskich. Dzięki niestrudzonym jego staraniom powstało dnia 4. V. 1875 r. „Tow. Akcyjne Solanki Inowrocławskie“, które zakupiło w sąsiedztwie Rąbina ziemię i pobudowało gmach kąpielowy mieszczący 14 łazienek; jest to część stara dzisiejszego zakładu kąpieli solankowych. Kąpiele oddano w 1876 r. do użytku publicznego. Równocześnie założono skromny park. W 1881 r. przeszedł zakład na własność miasta Inowrocławia.



Inowrocław-Zdrój, ul. Solankowa.

Praca na roli i praca przy założeniu i budowie gmachu kąpielowego nie były jedynym polem działalności Zygmunta Wilkońskiego. Idąc z prądem czasu, gdy w Wielkopolsce zaczęto zakładać spółki kredytowe, powstało dzięki jego staraniom w 1867 r. w Inowrocławiu „Towarzystwo Pożyczkowe“. Następnie położył kamień węgielny pod duży młyn parowy w Inowrocławiu i rzucił myśl założenia cukrowni w Janikowie, pierwszej z 5 wielkich cukrowni na Kujawach Zachodnich.

Wśród wielu innych ciekawych posunięć społecznych i gospodarczych Z. Wilkońskiego wymienić należy jedno, które wiąże się ściśle z oddziaływaniem zdrojowiska na miasto. W 1875 r. był Inowrocław małą mieściną składającą się z kilku ulic o niewysokich domach i liczył około 9 tys. mieszkańców. Wilkoński dał inicjatywę rozwoju miasta w kierunku zakładów zdrojowych i założył nową zupełnie ulicę od Hotelu Basta do Banku Ludowego i pobudował własnym sumptem trzy okazałe domy czynszowe, obecne nieruchomości nr. 2, 3 i 4 przy początku ulicy Solankowej, którą to część ulicy pierwotnie dla uczczenia zasług Wilkońskiego dla miasta przezwano „Zygmuntowską“; nazwa ta została jednak uchwałą Korporacji Miejskich z 5. V. i 5. VI. 1928 r. zniesiona, a pierwsza ulica po-

przeczna przy parku zdrojowym położona otrzymała nazwę Wilkońskiego.

Za czasów zaborczych zdrojowisko nie rozwijało się; zarząd miasta, od roku 1885 jedyny zarządca zakładów zdrojowych, nie robił odpowiednich nakładów i do rozbudowy się nie przyczynił. W tym okresie poczyniono jedynie nieznaczne inwestycje. Szukano pomocy u rządu i starano się o przejęcie zdrojowiska przez państwo, które jednak obawiało się napływu gości zza kordonu do Inowrocławia. Zastanawiano się również kilkakrotnie nad ponownym utworzeniem większego towarzystwa akcyjnego; projektów tych nie zrealizowano.

Jednakże już w tym okresie przyczynili się lekarze miejscowi do ugruntowania wiadomości o właściwościach leczniczych zdrojowiska. W deputacji solankowej magistratu, w której zasiadał wtenczas dzisiejszy prezes Obwodu Kujawskiego Związku Lekarzy p. dr. Krzymiński, proponowano w 1900 roku wprowadzić inhalacje i urządzić trzecią łazienkę do kąpieli kwasowęglowych. W 1901 r. ogłosił dr. Bergel pracę o środkach leczniczych Inowrocławia i wskazywał na znaczenie rozwoju zakładów dla miasta. W okresie przedwojennym poddano też badaniu tereny borowinowe należące do miasta, a przydatność tej borowiny do kąpieli leczniczych i rozbiór fizyczno-chemiczny dokonany został przez profesorów Briegera i Proskauera.

Za czasów zaborczych nie wywierał za tym mały zakład do kąpieli solankowych większego wpływu na rozbudowę i rozszerzenie miasta. Kilkadziesiąt dorosłych kuracjuszy korzystało z mieszkań u stałych mieszkańców; liczniej przybywające dzieci mieszkały przeważnie w specjalnym sanatorium, dzisiejszym zakładzie im. Marsz. Focha. Ogólna liczba kuracjuszy nie przekraczała 400 osób. Dopiero polskie władze miasta przystąpiły do rozbudowy zakładów zdrojowych wyzyskując wielkie i wszechstronne właściwości lecznicze solanek i borowiny inowrocławskiej.



Inowrocław - Zdrój, dzielnica willowa.

Z inicjatywy pierwszego prezydenta miasta dra Krzymińskiego, przy wydatnej współpracy decernenta solanek ś. p. radcy Łabiszewskiego i komisji złożonej z miejscowych lekarzy i obywateli, pobudowano w roku 1923 gmach frontowy do kąpieli solankowych. W budynku starym założonym jeszcze przez Wilkońskiego utworzono większy oddział kąpieli kwasowęglowych na solance, który to dział odgrywa tak ważną rolę w lecznictwie zdrojowym Inowrocławia, szczególnie w schorzeniach serca. Zapoczątkowano wydawanie kąpieli borowinowych. Wkrótce po tym wzniesiono już osobny budynek do kąpieli borowinowych zaopatrzony w higienicznie urządzone łazienki i w oddziały do zabiegów borowinowych częściowych. Urządzenia do przyrządzania borowiny, tak zwane kuchnie borowinowe odpowiadają nowoczesnym wymaganiom. Po objęciu przewodnictwa w Komisji Zdrojowej przez obecnego prezydenta miasta Jankowskiego przystąpiono do wygotowania planów i budowy wielkiego zakładu przyrodoleczniczego i wziewalni. Otwarcie tego zakładu nastąpiło w 1929 roku, podczas VII. Powszechnego Zjazdu Higienistów Polskich. W zakładzie znajdują się przede wszystkim dwa obszerne oddziały dla zastosowania zabiegów cieplnych i wodoleczniczych, elektroterapia, naświetlania, emanatorium radowe, kąpiele solankowe wreszcie osobny dział inhalacji pod kierunkiem lekarza specjalisty. Na dachu mieszczą się kąpiele słoneczne. Wielkie znaczenie ma właśnie inhalatorium solankowe, gdyż wyzyskano w ten sposób właściwości lecznicze solanki w schorzeniach gardła, nosa i górnych dróg oddechowych. Inne przyrządy lecznicze, leczenie parą, wodą, światłem, ciepłym powietrzem i elektrycznością, służą do uzupełnienia wartości leczniczych solanki i borowiny przede wszystkim w schorzeniach gośćcowych (reumatycznych i artretycznych) oraz w chorobach kobiecych. Wreszcie leczymy z powodzeniem w Inowrocławiu schorzenia nerwowe.

Stale zaprowadza się pewne inowacje i ulepszenia. Obecnie przystępujemy do więcej komfortowego urządzania łazienek, po czym rozszerzyć chcemy pewne działy lecznictwa borowinowego, a następnie przystąpić zamierzamy do budowy zakładu zdrojowego z własnym oddziałem kąpieli leczniczych. Pierwszy zakres tych prac wykonany został wiosną tego roku.

W latach 1929/30 powstało w Inowrocławiu przy ul. Wilkońskiego dzięki funduszom dawniejszej Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu piękne i okazałe sanatorium, które służy obecnie wyłącznie ubezpieczonym.

Tak prowadzona rozbudowa zakładów zdrojowych nie mogła pozostać bez wpływu na rozwój miasta. Podkreślić należy, że w pierwszych latach niepodległości nie mieliśmy w Inowrocławiu ani jednego osobnego pensjonatu, a pomieszczenia dla stale wzrastającej liczby kuracjuszy okazały się oczywiście zupełnie nie wystarczające. Zarząd Miejski przystąpił zatem do rozwiązania zagadnienia urbanistycznego strefy zdrojowej i stworzył plan zabudowy tejże strefy, położonej w najbliższym sąsiedztwie parku zdrojowego, tworząc około 70 działek budowlanych po ca 1000 m^2. Dzielnica ta została nieomal zupełnie zabudowana i to przeważnie przez pensjonaty. Na taką ilość kuracjuszy okazał się też stary park zdrojowy za mały, wobec czego założono nową część parku zdrojowego, którego powierzchnia wynosi obecnie ca 41 ha, podczas gdy stary park wynosił tylko ca 13 ha.

Okazuje się jednakże, że pomieszczenia dla obecnych kuracjuszy są jeszcze za szczupłe i Zarząd Miejski szukać musi, szczególnie na dalszą metę innych terenów pod pensjonaty, to też przy projekcie planu rozbudowy miasta kładziono szczególną wagę na rozwiązanie tegoż zagadnienia. Plan rozbudowy miasta przewiduje rozszerzenie strefy zdrojowej w stronę południa, która pomieścić będzie mogła po jej zabudowaniu około 15.000 kuracjuszy.



Inowrocław - Zdrój
Zakład Przyrodoleczniczy i Inhalatorium.

Projektuje się odizolowanie przyszłej strefy kuracyjnej od miasta handlowego szerokimi pasami zieleni, tworząc osobne miasto ogrodów. Poza tym, wobec braku jakichkolwiek zalesień bliższej i dalszej okolicy m. Inowrocławia (dopiero w północnej części powiatu zaczynają się wielkie obszary leśne), zamierza się od strony zachodniej Zdrojowiska założyć las o powierzchni mniej więcej 200 ha na terenach państwowej domeny Rąbinek. Tym samym usuniętoby zadymianie i zakurzanie parku zdrojowego ze strony kolei państwowej i Państwowej Żupy Solnej, co obecnie dotkliwie się odczuwa. Równolegle z zagadnieniami urbanistycznymi i zabudowaniem tejże dzielnicy przystąpiono do zrealizowania kwestii drogowej, kanalizacyjnej, wodociągowej i gazowej.

Gdy jeszcze w roku 1920 cała dzielnica zdrojowa wykazywała ulice niezabrukowane (polne), względnie zabrukowane jedynie „kocimi“ łbami, to dzisiaj nieomal wszystkie ulice strefy zdrojowej posiadają szlachetną nawierzchnię czy to z kostki, asfaltu czy z klinkieru. Urządzono także wszystkie chodniki z płyt betonowych oraz zadrzewiono ulice i założono zieleńce przyuliczne. Z pustego pola stworzono dzielnicę zdrojową o charakterze ogrodowym. Dzisiaj jest już cała strefa zdrojowa skanalizowana oraz posiada przewody wodociągowe, gazowe i elektryczne.

Rozwój zdrojowiska i rozbudowa zakładów zdrojowych i z tym związana urbanizacja strefy zdrojowej musiała automatycznie także oddziaływać urbanizacyjnie na resztę miasta to jest na dzielnicę handlową w Inowrocławiu. Ponieważ strefa zdrojowa pomimo wydzielenia łączy się bezpośrednio z resztą miasta tworząc jedną urbanizacyjną całość, Zarząd Miejski z postępem rozwiązania zagadnień urbanistycznych w strefie zdrojowej musiał się także równolegle zająć rozwiązaniem urbanistycznym reszty miasta. W czasie se-

zonu kuracyjnego zwiedzają dorywczo nasze Zdrojowisko, prócz normalnej liczby kuracjuszy, także setki wycieczek przyjeżdżających bądźto autobusami bądźto koleją. Toteż w pierwszym rzędzie Zarząd Miejski zajął się wzorowym urządzeniem głównych arterii dojazdowych i bocznych ulic zdrojowiska, przystosowując charakter ulic miejskich do charakteru ulic zdrojowych, zadrzewiając stopniowo wszystkie ulice reszty miasta i zakładając trawniczki przyuliczne. Projekt planu rozbudowy, który obejmuje tak strefę zdrojową jak i miasto przewiduje w swoim przyszłym założeniu dużo zieleńców i parków, przez co nada całemu miastu charakter zdrojowy.

Dorobek miasta Inowrocławia w dziedzinie zdrojowiskowej w ostatnich dwudziestu latach jest rzeczywiście ogromny: 3 gmachy kąpielowo-lecznicze, w tym Zakład Przyrodoleczniczy około miliona złotych i kąpiele borowinowe około 400 tys. złotych, rozszerzenie i upiększenie parku zdrojowego, rozbudowa strefy zdrojowej w postaci pierwszorzędnych ulic i założenie szeregu zieleńców. Ruch gospodarczy prywatny zaznaczył się budową kilkudziesięciu will i dwudziestu kilku pensjonatów, ubezpieczenia społeczne ufundowały piękne sanatorium. Dzięki tym inwestycjom korzysta miasto w sezonie kąpielowym, a częściowo i zimą ze zwiększonego, poważnego zbytu prądu elektrycznego, gazu i wody co wpływa bezpośrednio na polepszenie finansów komunalnych. Same zakłady zdrojowe wspierają również w rozmaity sposób administrację miejską, amortyzują i oprocentowują pożyczki zaciągnięte na budowę zakładów. Ostatnie inwestycje, jak budowa nowej kotłowni w bieżącym roku, uskutecznione zostały przeważnie z własnych funduszów zdrojowiska.

Park zakładowy, utrzymywany przez budżet zakładów zdrojowych, jest głównym miejscem odpoczynku i radości dla mieszkańców miasta. Piękna nowa część parku jest stale dostępna dla ludności Inowrocławia, wstęp do starego parku na czas koncertów w okresie czteromiesięcznym kosztuje jedynie 2 zł.

W sezonie kuracyjnym, który przypada częściowo na tak zwany martwy sezon w kupiectwie, ożywia się nadzwyczaj wydatnie obrót w Inowrocławiu, konsumcja środków żywnościowych, mięsa, pieczywa, nabiału, jarzyn i owoców wzrasta ogromnie. Około 5 i pół tysiąca dorosłych kuracjuszy i przeszło tysiąc dzieci przebywa wtenczas w Inowrocławiu średnio przez 3 tygodnie. Z pobytu naszych gości zdrojowiskowych korzysta kupiectwo, restauracje, dancingi, drogerie, księgarnie, bławatnicy oraz przemysł upominkowy i zabawkowy. Ożywia się komunikacja, zwiększa się frekwencja w tramwajach, autobusach, dorożkami samochodowymi i konnymi. Zatrudnia się licznych rzemieślników, robotników i służbę pomocniczą kąpielową oraz pensjonatową. Z pobytu gości kuracyjnych korzystają również wolne zawody (lekarze). Wreszcie pewna ilość pieniędzy wydana w Zdrojowisku rozchodzi się zupełnie niewidocznie.

Poważną rolę odgrywa dalej Zdrojowisko w życiu towarzyskim i kulturalnym miasta, gdy swe podwoje otwiera teatr zdrojowy, gdy rozpoczynają się koncerty naszej doskonałej orkiestry zdrojowej, gdy zwiększa się wydatnie czytelnictwo.

Nad zdrowiem i hiegieną w Zdrojowisku czuwa służba zdrowia i lekarze. Wody solankowe inowrocławskie podlegają stałym obserwacjom i analizom w laboratorium Państwowej Żupy Solnej. Prace kliniczne i doświadczalne nad naturalnymi środkami leczniczymi zdrojowiska przeprowadzono ostatnio w Uniwersytecie Poznańskim. Bardzo drobiazgowym badaniom podlegała solanka ze źródła pitnego na wartość leczniczą w przebiegu anemii, a borowina inowrocławska na zawartość ciał zbliżonych do hormonu kobiecego, przyczym badania te dokonane przez dr. *Wincentego Łapę* i *Bogusława Jasińskiego* wypadły wybitnie dodatnio. Na początku bieżącego sezonu kuracyjnego przeprowadzono przy pomocy fachowych sił nauczycielskich miejscowego liceum dietetycznego ponownie dwunastodniowy teoretyczny i praktyczny kurs odżywiania dietetycznego, w którym brało udział 17 pensjonatów i osób miejscowych oraz 15 zamiejscowych. Był to trzeci z kolei dłuższy kurs dietetyczny organizowany przez zdrojowisko, a mający na celu właściwe odżywianie gości kuracyjnych stosownie do przepisów dietetycznych lekarskich. W szkole dietetycznej odbyło się w ostatnich latach ponadto cały szereg krótszych kursów, wystaw i pokazów z zakresu odżywiania i gotowania.

Pokłady soli pod samym Inowrocławiem odkryto w 1835 r. Przy późniejszych wierceniach i badaniach stwierdzono solanki rozmaitego stężenia, sól kamienną oraz warstwy soli potasowej i magnezowej. Cechą znamienną jest, że sól wznosi się z głębokości kilku tysięcy metrów nieomal pionowo ku powierzchni tworząc tak zwany słój solny o przekroju w przybliżeniu eliptycznym. Solanka zawdzięcza swe powstanie częściowemu rozpuszczeniu złoży solnych. Solanki znajdujemy w pokrywie gipsowej, u stropu złoży solnych, w głębokości do około 200 metrów. Na brzegach pnia solnego opuszczają się wody mineralne na większą głębokość oraz do pokładów sąsiednich.

Działanie kąpieli mineralnych, w odróżnieniu do kąpieli słodko-wodnych, polega głównie na rozpuszczonych w nich solach. W solance inowrocalwskiej, a szczególnie w tak zwanym ługu pokrystalicznym, który również doprowadzony jest do wszelkich wanien w zakładzie, znajdujemy w wyjątkowo silnym stężeniu liczne sole mineralne między innymi potasowe, magnezowe, wapniowe, siarczany, brom, jod, lit i bor. Kąpiele solankowe stosowano już u starych Rzymian, którzy na ziemiach dzisiejszej Francji, Szwajcarii i Niemiec zakładali liczne zdrojowiska.

Od czasu wykonania analiz solanki i ługu inowrocławskiego w 1930 r. przez profesora dr. *Leona Marchlewskiego* z Krakowa i prof. dr. *Stefana Dąbrowskiego* z Poznania zwiększyła się znacznie ilość potasu i magnezu w solance inowrocławskiej i to nieomal czterokrotnie. Szczególnie stwierdzono, że tak zwany otwór wiertniczy „D“ posiada solankę jeszcze znacznie bogatszą w sole uboczne przy mniejszej ilości chlorku sodu. Woda ta zawiera wedle rozbioru z października 1936 r. 12,3986 g samego jonu potasu na litr wody, a więc 1,2 % samego potasu. Odpowiednie liczby dla jonu wapnia wynoszą 0,8816 g, dla magnezu 7,0136 g, dla siarczanu-jonu 12,4478 g.

Podkreślić należy, że ogólna procentowość solanki pozostaje od kilkadziesiąt lat bez wyraźnej zmiany, co pozwala lekarzom na liczenie się z pewną stałą wielkością.

Dzięki posiadaniu środków leczniczych naturalnych, jak solanek i borowiny, oraz dzięki rozbudowie urządzeń i środków leczniczych pomocniczych posiada Zdrojowisko Inowrocław następujące wskazania:

1) *Gościec stawów i mięśni* (reumatyzm), *gościec zniekształcający, rwa kulszowa,* (ischias) i lumbago.
2) *Pourazowe cierpienia kości i stawów,* stany po operacjach.
3) *Choroby przemiany materii:* Artretyzm, podagra, otyłość, (cukrzyca, przewlekłe schorzenia wątroby i przewodu pokarmowego, niedomoga gruczołów dokrewnych).
4) *Choroby kobiece* — przewlekłe stany zapalne narządów kobiecych, jajowodów, jajników i przymaciczą, zrosty, niepłodność, zaburzenia czynnościowe i okresu przekwitania.
5) *Choroby dzieci:* słaby rozwój, skaza wysiękowa (limfatyczna), skrofuloza, krzywica.
6) *Choroby serca i naczyń krwionośnych,* skleroza, przewlekłe zapalenie żył.
7) *Zachorzenia górnych dróg oddechowych:* nosa i jam bocznych nosa, gardła, migdałów, oskrzeli, upośledzenie lub brak powonienia, osłabienie słuchu.
8) *Choroby nerwowe, porażenia, nerwice,* (także nerwice serca), zapalenia nerwów i nerwobóle.
9) Stany osłabienia i wyczerpania, niedokrwistość, rekonwalescencja.

PRZECIWWSKAZANIA:

Choroby ostre, gorączkowe i zaraźliwe, gruźlica, niewyrównane wady serca, miażdżyca silnie zaawansowana, szczególnie tętnic wieńcowych, charłactwo.

Inowrocław — Station thermale.

L'auteur décrit les indications et les contreindications pour la cure à Inowrocław.

Oceny.

Der Rheumatismus und die streptomykotische Symbiose. Pathologie u. Therapie. Prof. Dr. med. Wolfgang H. Veil. Str. 733 i 173 rycin, 2 tablice barwne i 5 tabel. Nakł. Ferdynand Enke, Stuttgart 1939. Cena 73 RM.

Po obszernym wstępie historycznym autor znamiennie rozpoczyna swoją pracę stwierdzeniem, że medycyna kliniczna nie zna dzisiaj jednostki chorobowej gośćca. Rozróżnia natomiast szereg schorzeń gośćcowych: mięśni, nerwów i inn. Dane hematologiczne gośćca są szczegółowo omówione pod formą poszczególnych danych hematologicznych u pacjentów. Szczególny nacisk i dużą wagę w obrazie krwi przypisuje V. zachowaniu się komórek kwasochłonnych, których zwiększenie ma duże znaczenie etiopatogeniczne. Podobną rolę odgrywa też zachowanie się szybkości opadania krwinek czerwonych. Następuje omówienie odczynu Autora w postaci obniżenia względnie znikania dopełniacza w surowicy krwi. Kazuistyka ostrego przebiegu gośćca zajmuje bardzo dużo miejsca, opatrzona ona jest licznymi badaniami dodatkowymi zwłaszcza krwi. Z przytoczonych przypadków wynika duże znaczenie ognisk zakażenia, które Veil stawia na równi ze zmianą pierwotną w kile. W gośćcu szukać należy ogniska zakażenia w migdałkach, w zębach, w jamach przynosowych i t. d. Przebieg przewlekły gośćca dzieli Autor na stawowy „obwodowy", mięśniowy, nerwowy w postaci bólów i zapaleń nerwów obwodowych, zapalenia rdzenia, pląsawicy, paralysis agitans, schorzeń układu nerwowego wegetatywnego pod formą gośćca naczyniowo - nerwowego, jak chromanie przestankowe, dusznica bolesna, zawał mięśnia sercowego, krwotoki mózgowe i nadciśnienie istotne. Tu należy też wrzód żołądka i dwunastnicy, jako też i dyspepsje. Jako gościec trzewny wymienione są schorzenia gośćcowe serca, schorzenia nerek tak zapalne jak i nerczyce. Do zaburzeń regulacji gośćcowych należą: cukrzyca, tężyczka, patologiczna otyłość i chudość, schorzenia krwi: białaczka limfatyczna, agranulocytoza i myeloblastyczne zaburzenia dojrzewania, tudzież nabyta żółtaczka hemolityczna. Tu należą też zaburzenia we wydalaniu na tle zakażenia gośćcowego: róża i płonica. Po omówieniu anatomii patologicznej gośćca, rozważania nad etiologią i patogenezą gośćca mają nam wytłumaczyć tak szeroki zakres schorzeń gośćcowych. *A więc przyczyną gośćca* (w tym wszystkich wymienionych zaburzeń) *jest zakażenie łańcuszkowcem z następowym przestrojeniem ustroju.* Również i zakażenie gronkowcem, dwoinką wiewiórową, brucella, wchodzi w rachubę, aczkolwiek znacznie rzadziej. Natomiast prątek Kocha nie ma znaczenia etiologicznego. Z kolei przedstawione jest powtórnie znaczenie danych narządów jak migdałków i innych, jako wrót zakażenia. Również czynniki zewnętrzne jak klimat i konstytucja są wspomniane. W leczeniu szczególny nacisk położono na usunięcie ognisk zakażenia. Unitaryzm i synteza mają tłumaczyć wciągnięcie do rydwanu gośćca tak znacznej ilości chorób zakaźnych, przemiany materii i innych. Zdaniem referenta ani powszechnie uznane schorzenia gośćcowe ani też schorzenia niegośćcowe, jak cukrzyca czy zawał mięśnia sercowego przez to syntetyczne ujęcie nie zostaną lepiej poznane, lecz przeciwnie raczej zaciemnione. Jako śmiała teoria wybiega ta praca daleko poza dzisiejszy stan wiedzy. Podkreślić należy ogrom spostrzeżeń i badań przeprowadzonych przez Autora, doświadczonego klinicystę. Czy jednak tendencja podciągnięcia tak różnych schorzeń pod jeden mianownik nie zaprowadziła Autora za daleko okaże przyszłość.

Mester (Kraków).

Die Katarrh-Infektion als chronische Allgemeinerkrankung. Prof. Dr. med. K. v. Neergaard. Str. 285, rycin 24. Drezno i Lipsk. Nakł. Theodor Steinkopff. 1939. Cena: 11.25 RM.

Autor porusza jako problem wpływ zwykłych nieżytów na schorzenia ogólne. Szeroko omawia grypę epi-pandemiczną i sporadyczną, jej objawy tak zakaźne jak i toksyczne. Znajdujemy opis wpływu zakażeń na poszczególne układy jak krążenia, oddychania, ruchu, nerwów i t. d. Znajduje też uwzględnienie możliwość zakażenia wtórnego. Autor przyjmuje jako przyczynę wszelkich postaci gośćca zakażenie *virusem nieżytowym Kruse-Dochez* stąd pojęcie *gośćca nieżytowego (Katarrhrheumatismus).* W tejże sprawie jest gościec tylko wycinkiem w chorobach na tle tego zakażenia. Obok tego istnieją też, lecz rzadko — schorzenia gośćcowe na tle zakażenia paciorkowcem. Rozpoznanie różniczkowe między gośćcem nieżytowym a paciorkowcowym jest mało przekonywujące. Dzieło to mało wnosi światła do problemu gośćca i nie daje dostatecznych danych dla przyjęcia zakażenia Kr. D. jako przyczyny schorzeń gośćcowych. Duże piśmiennictwo (614 artykułów) świadczy o znacznym nakładzie pracy.

Mester (Kraków).

Aparat ruchowy człowieka. Prof. Ivar Broman. Tabelaryczne repetitorium nauki o mięśniach i stawach. Nakł. Książnica - Atlas. Lwów—Warszawa. Str. 261, 98 rycin w tekście. *Przełożył Mag. Wych. Fiz. Tadeusz Biernakiewicz.*

W sposób przejrzysty i przystępny przedstawiono ogólne i szczegółowe dane o stawach głowy, szyi i tułowia, klatki piersiowej i kończyn. Obok mechaniki poszczególnych stawów, znajdujemy omówienie przebiegu mięśni, unerwienia i odżywiania stawów. Przejrzyste tabele a szczególnie dwukolorowe rysunki ilustrują doskonale możliwości ruchowe poszczególnych stawów. W drugiej części znajdujemy dane o mięśniach szkieletowych jako pożądane uzupełnienie ich czynności ruchowych, przy czym słusznie położono nacisk na ich budowę i działanie, pokrótce tylko wspominając o fizjologii tychże. Również przebieg czynności i unerwienie mięśni przedstawiono we formie tabel znacznie ułatwiających zrozumienie i zapamiętanie ich. Przez staranne wydanie tego nader pożytecznego dzieła *Wydawnictwo Książnica - Atlas* zasłużyło na duże uznanie, udostępniając dzieło znakomitego anatoma szwedzkiego licznej rzeszy nie tylko lekarzy, lecz i kierowników wychowania fizycznego, studentów medycyny i innych.

Mester (Kraków).

Die Ischias (Rwa kulszowa). Dr. med. Hans Georg Scholtz. Str. 111, rycin 24. Drezno—Lipsk. Nakł. Theodor Steinkopff. (Der Rheumatismus B. 16). Cena: 4.87 RM.

Autor omawia w tej monografii zarówno ból, jak i zapalenie n. kulszowego. Rozważania anatomiczne, anatomo-patologiczne, etiologczne i patogenetyczne pozwalają na zapoznanie się z tą tak częstą chorobą. Sprawa ognisk zakażenia znajduje duże uwzględnienie. Jasno przedstawiono objawy, rozpoznanie i rozpoznanie różniczkowe. Rozdział poświęcony meetodyce badania chorych na rwę kulszową oddaje czytelnikowi duże usługi. Następnie przedstawiono leczenie rwy kulszowej w okresie ostrym i przewlekłym — dietetyczne, farmakologiczne, fizykalne, homeopatyczne i bodźcowe wraz z leczeniem kąpielowym, aż do chirurgicznego włącznie. Rozdziały poświęcone rokowaniu i zapobieganiu schorzeń n. k. dopełniają całości. Monografia ta spełnia dobrze swe zadanie, przedstawiając schorzenia n. k. jako poddział schorzeń gośćcowych, przy czym wyczerpuje zasadniczo ten temat. Książka wydana bardzo starannie, ryciny są cennym uzupełnieniem treści.

Mester (Kraków).

Referaty.

Badania nad wchłanianiem przez skórę witaminu B_1. K. R. Schaefer. Z. f. Rheumaforschg. Z. 4. 1939.

Autor posługiwał się metodą umożliwiającą zastosowanie w doświadczeniu na zwierzęciu badań balneologicznych. Młode szczury, którym usunięto z pożywienia witamin B_1 kąpano w roztworze witaminu B_1 i oznaczano krzywe wzrostu w stosunku do zwierząt kontrolnych. Aczkolwiek autor nie mógł stwierdzić z całą pewnością, czy witamin B_1 wchłania się przez skórę młodego szczura, to jednak twierdzi, że możliwość ta istnieje. Wniosek ten wysnuwa S. z lepszego rozwoju zwierząt kąpanych w roztworze witaminu B_1 w stosunku do zwierząt kontrolnych. *Mester* (Kraków).

Znaczenie rozpoznawcze skrzywień wyrównawczych kręgosłupa w schorzeniach nerwu kulszowego. Dr. H. Rothenpieler. Z. f. Rheumaforschg. Z. 5. 1939.

Autor przedstawia prawidłowe wygięcie kręgosłupa i patologiczne w schorzeniach n. k., tłumacząc je warunkami mechanicznymi.

Neosolganal w leczeniu gośćcowych schorzeń stawów. Dr. L. Michotte. Dtto.

M. podkreśla małą zawartość złota w Neosolaganalu (14%) dzięki czemu przetwór ten jest dobrze znoszony przez pacjentów przy równej mocy leczniczej innym przetworem złota o wyższej zawartości tego metalu.

Mester (Kraków).

Przyczynek do biologii i patologii stawów. Dr. E. Vaubel. Z. f. Rheumaforschg. Z. 6. 1939.

Poszczególne tkanki stawowe powstały z tego samego zawiązku. Ta wspólnota ontogenetyczna przejawia się w podobieństwie budowy i czynności rozmaitych tkanek i w ich zdolności przechodzenia w pewnych warunkach w inną tkankę stawową.

Leczenie przewlekłego gośćca stawowego. Dr. W. Kempf. Dtto.

Autor leczył 41 chorych na przewlekły gościec stawowy Neosolganalem uzyskując tym leczeniem dobre i trwałe wyniki. *Mester* (Kraków).

Późne wyniki usuwania ognisk zakażenia w gośćcu stawowym. Dr. W. Ecke. Z. f. Rheumaforschung. Z. 7. 1939.

U 100 pacjentów, u których przeprowadzono wczesne usunięcie ognisk zakażenia w kilka lat później

przeprowadzona ankieta wykazała dobre i trwałe wyniki lecznicze.

Przyczynek do gruźliczej genezy swoistego gośćca stawowego. Dr. G. Franz. Dtto.

Badania histologiczne przeprowadzone na 120 sercach gruźlików, wykazały częstokroć istnienie okołonaczyniowych i śródtkankowych nacieków, względnie ziarniniaków. Autor stwierdza, że w gruźlicy obok mniej lub więcej swoistych gruzełków spotyka się też nieswoiste ziarniniaki, które należy odnieść do zakażeń wtórnych lub do toksycznego rozpadu białka. Czasami spotyka się też ziarniniaki przypominające guzki Aschoffa, są one jednak tylko podobne do guzków Aschoffa a nie identyczne. *Mester* (Kraków).

Leczenie fizykalne i gośćcowe kolana. James Mennell. The British Journal of Rheumatism. Vol. 1. N. 4. 1939.

Zaraz po ustąpieniu ostrych objawów zapalnych autor stosuje leczenie fizykalne, zwłaszcza w postaci ciepła (parafina, borowina i inne).

Pląsawica. B. Schlesinger. Dtto.

Omówienie znaczenia etiologiczneego gośćca, rasy, wieku, płci, warunków społecznych, patologii, danych rozpoznawczych, przebiegu i leczenia. S. zaleca amidopirynę, nirwanol i leczenie gorączkowe.

Patologia ostecarthritis. Douglas H. Collins. Dtto.

Badania anatomo-patologiczne błony maziowej, chrząstki, kości, a szczególnie wyrośli kostnych.

Leczenie farmakologiczne w przewlekłych schorzeniach gośćcowych. Philip Ellman. Dtto.

Autor wymienia następujące leki: As, Fe, chininę, jod, sarkę, Ca, salicylany, przetworzy rozszerzające naczynia, witaminy i hormony. *Mester* (Kraków).

Etiopiryna, nowy środek przeciwgorączkowy i przeciwbólowy. Dr. M. Kusiak. P. G. L. Nr. 13. 1939.

Autor stosował w kilku przypadkach podostrego gośćca stawowego, we wiewiórowym zapaleniu stawów, we wysiękowym zapaleniu opłucnej i w innych sprawach gorączkowych etiopirynę w ilości do 3 g dziennie, osiągając dobre wyniki lecznicze. Żadnych objawów ubocznych nie spostrzegano. *M.*

Komunikat.

W dniach od 9. X. b. r. odbędzie się w Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala św. Łazarza w Warszawie pod kierownictwem Prof. dra med. M. Semerau-Siemianowskiego

IV-ty KURS DOKSZTAŁCAJĄCY

dla lekarzy z dziedziny *chorób układu krążenia.*

Na program Kursu składać się będą:

1. Wykłady teoretyczne z fizjologii, patologii i anatomii patologicznej układu krążenia, z uwzględnieniem potrzeb lekarza-praktyka.
2. Wykłady kliniczne z wybranych dziedzin schorzeń układu krążenia ważnych dla lekarza-praktyka ze szczególnym uwzględnieniem lecznictwa.
3. Wykłady teoretyczne i zajęcia praktyczne z dziedziny najważniejszych sposobów badania układu krążenia. (Elektrokardiografia, rentgenodiagnostyka z kimografią).
4. Seminaryjne omawianie przypadków chorobowych pod względem rozpoznawczym i leczniczym.

Kurs rozpoczyna się dnia 9. X. 1939 r. o godz. 9-tej rano w sali posiedzeń Szpitala św. Łazarza w Warszawie, ul. Książęca 2.

Kurs będzie miał charakter głównie kliniczny z uwzględnieniem zainteresowań lekarza praktyka i będzie obejmował 75 godzin, z których około 30 przeznacza się na wykłady teoretyczne, a około 45 na zajęcia praktyczne.

Opłata za Kurs wynosi 60 zł., z których 10 płatnych przy zapisie.

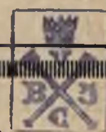
Ostateczny termin zapisów upływa dn. 1. X. 1939 r.

Dla uczestników przyjezdnych mieszkania i zniżki kolejowe nie są przewidziane.

Szczegółowy rozkład zajęć na Kursie otrzymuje każdy z uczestników po wpłaceniu wpisowego.

Zapisy na Kurs przyjmuje i wszelkich informacji udziela Doc. Dr. med. Julian Walawski, Warszawa, ul. Książęca 2, Szpital św. Łazarza, Oddział Chorób Wewnętrznych.

Wykładowcy Kursu: Prof. dr. med. Semerau-Siemianowski, dr. med. Gerlecki, dr. med. Kołodziejski, dr. med. Rasolt, dr. med. Rowiński, dr. med. Siedlecki, dr. med. Szczepański, dr. med. Wajnsztok, doc. dr. med. Walawski, dr. med. Zera.



Drukarnia Udziałowa w Krakowie, ul. św. Tomasza 37, pod zarządem R. Ferka.

CIECHOCINEK-CIEPLICA

Kąpiele solankowe o ciepłocie przyrodzonej w łazienkach i basenach.

Kąpiele borowinowe, kwasowęglowe i piankowe.

Elektro- i hydroterapia. Inhalatorium. Emanatorium radowe.

Specjalne urządzenia do długotrwałych przepłukiwań kiszkowych i pochwowych.

Pijalnia wód słono-żelazistych

Nowoczesna, wspaniale urządzona pływalnia solankowo-termalna. Kąpiele morskie, słoneczne, powietrzne, ćwiczenia cielesne, gry i zabawy ruchome. Plaża 20.000 mtr^2

WSKAZANIA LECZNICZE:

Gościec stawowy i mięśniowy, wadliwa przemiana materii (dna, otyłość, cukrzyca) choroby naczyń i serca, schorzenia dróg oddechowych (nosa, gardła, migdałów, krtani), dychawica oskrzelowa, rozedma płuc, zołzy, krzywica, skaza limfatyczna i wysiękowa, choroby układu nerwowego (ischias, lumbago).

Sezon wiosenny od 1 maja do 15 czerwca **Sezon główny od 16 czerwca do 15 sierpnia**
Sezon jesienny od 15 sierpnia do 1 listopada

W sezonie wiosennym ceny kąpieli, kart sezonowych i pobytu znacznie zniżone.

Informacyj odwrotnie udziela Państwowy Zakład Zdrojowy i Komisja Zdrojowa w Ciechocinku.

IWONICZ-ZDRÓJ

Zdrojowisko obfitujące w kruszcowe wody Jodowo-Bromowe, zawierające ponadto bardzo cenne i rzadkie składniki chemiczne jak Sód, Potas, Lit, Bar, Stront, Wapień, Magnez, Żelazo i Mangan, posiadające wysokowartościową Borowinę.

Wyjątkowo skuteczne leczenie schorzeń: narządu krążenia, serca i naczyń krwionośnych, zwłaszcza na tle miażdżycowym i kiłowym, chorób organicznych układu nerwowego (kiła 3 i 4-rzędna), przewlekłe zatrucia alkoholem i nikotyną, stanów po zapaleniach nerwów obwodowych, rwy kulszowej, chorób żołądka i jelit, narządu rodnego kobiet, narządu ruchu gruźlicy kości, stawów, gośćca stawowego i mięśniowego, chorób gruczołów dokrewnych (głównie tarczycy) i przemiany materii, (cukrzyca, dna), skazy limfatycznej itd.

I. Sezon trwa	od	1 maja	do 15 czerwca	włącznie
II. „ „	od	16 czerwca	do 20 sierpnia	„
III. „ „	od	21 sierpnia	do 10 październ.	„

Ryczałtowe kuracje: od 155 zł. za 3 tygodniowy pobyt w pierwszym i trzecim sezonie i od 200 zł. w drugim sezonie.

Środki lecznicze: Zdroje „Karola“, „Amelii“ i „Emmy“ szczawy słono-alkaliczne-jodo-bromowe; „Józefa“ żelazisty i „Adolfa“ siarczany. — **Kąpiele:** solankowe jodo-bromowe, kwaso-węglowe (sztuczne i półnaturalne), borowinowe, słoneczno-powietrzne. — **Hydroterapia, Elektroterapia,** diatermia krótkofalowa „Brevella“, urządzenie do głębokich płukań jelitowych i gorących irygacyj ginekologicznych „Gymnakolon“. — **Inhalatoria:** solankowe i aromatyczne, indywidualne i zbiorowe.

Malownicza, leśna okolica podgórska (400 m. n. p. m.). — Powietrze przepojone ozonem. — Piękne spacery i wycieczki.

Na każde żądanie PP. Lekarzy, wysyłamy zbiór literatury fachowej.

Oddział Propagandy Iwonicza-Zdroju, Warszawa, Wilcza 38. m. 3. Tel. 9.55-76.